

## University of Groningen

### Opgenomen..., opgegeven?

Schudel, Willem Joost

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1976

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Schudel, W. J. (1976). *Opgenomen..., opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. [S.n.].

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

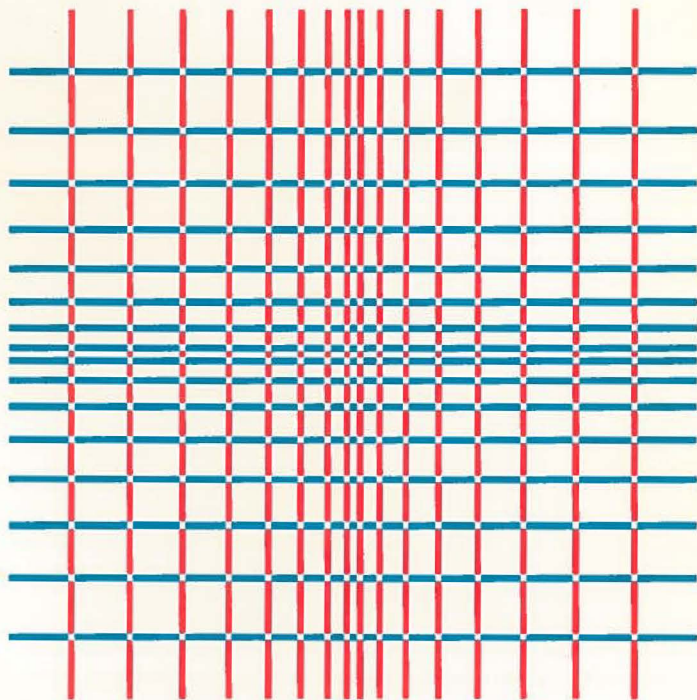
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

**w.j.schudel**

# **opgenomen...,opgegeven?**

**een exploratief onderzoek naar het gebruik van de bedden  
in psychiatrische ziekenhuizen**



Opgenomen ..., opgegeven?



## Stellingen

1. De geestelijke gezondheidszorg in ons land heeft dringend behoefte aan regionale instanties, die een bindend advies kunnen geven over de plaats waar en het tijdstip waarop een psychiatrische patiënt in zorg moet worden genomen.
2. De financiering van de intramurale gezondheidszorg dient zodanig te worden gewijzigd dat het ontslaan van patiënten voor de (psychiatrische) ziekenhuizen niet langer economisch nadelig is.
3. Een specifiek ziekmakende invloed van de moderne westerse maatschappij is niet afdoende aangetoond. Uitspraken gebaseerd op deze vermeende invloed hebben eerder ideologische dan wetenschappelijke waarde.
4. Bij jonge kinderen met rugpijn en/of loopstoornissen moet het bestaan van een banale spondylodiscitis worden overwogen.
5. Het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie is kunstmatig en heeft dan ook geen medisch-ethische implicaties.
6. Het ontbreken van een, voor het voortzetten van de opleiding beslissende, persoonlijkheidstoets tijdens (de eerste jaren van) de medische studie ontkracht de waarde van het arts-diploma aanzienlijk.
7. Gezien de sterke toename van het alcohol-gebruik en -misbruik dienen alle klinisch werkzame artsen (met name chirurgen en internisten) rekening te houden met het ontstaan van onthou-

dingsverschijnselen bij opgenomen patiënten. Dit geldt vooral met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling van delirante syndromen.

8. Met het oog op het snel groeiende aantal personen dat op enigerlei wijze '(psycho)therapie' verstrekt dient op zo kort mogelijke termijn een methode te worden ontwikkeld om het effect van dergelijke behandelingen te evalueren. Pas dan zal duidelijk worden in hoeverre de zegswijze 'het is beter te geven dan te ontvangen' niet van toepassing is op de verschillende vormen van psychotherapie.
9. De invoering van de Middenschool zal leiden tot een verdere discriminatie van de intelligente leerling.
10. Het onverwijd invoeren van een Nederlandse Staatsprijs voor de Kookkunst kan er wellicht toe bijdragen dat de huidige culturele achterstand ten opzichte van onze E.E.G.-partners wordt verkleind.

*W.J. Schudel*

# Opgenomen..., opgegeven?

Een exploratief onderzoek naar het gebruik  
van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen

## Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde  
aan de Rijksuniversiteit te Groningen op gezag  
van de Rector Magnificus Dr. M.J. Janssen  
in het openbaar te verdedigen op woensdag 5 mei 1976  
des namiddags te 4.00 uur

door

Willem Joost Schudel

geboren te Reading (G.B.)

Van Loghum Slaterus Deventer

---

Promotor: Prof.Dr. R. Giel  
Co-Promotor: Prof.Dr. W.K. van Dijk



# Voorwoord

De geestelijke gezondheidszorg staat al geruime tijd in het middelpunt van de publieke belangstelling. Enerzijds is deze toegenomen interesse toe te juichen, maar anderzijds brengt zij gevaren met zich mee. Naarmate steeds meer mensen zich theoretisch én daadwerkelijk met de geestelijke gezondheidszorg gaan bezighouden, neemt de kans op begripsverwarring toe. Dit geldt vooral voor de begrippen gezondheid en welzijn.

‘Wanneer er niet voldoende onderscheid wordt gemaakt tussen pech en ongezondheid, tussen welzijnszorg en gezondheidszorg, dan ligt in onze huidige maatschappij een ontoelaatbare uitbreiding van het ziektebegrip voor de hand,’ aldus Giel (1972). Op een overeenkomstige wijze heeft Van Dijk (1973) zich uitgesproken. Deze constatering legt de beleidsbepalende instanties in de gezondheidszorg de verplichting op om hun werkterrein duidelijk te markeren en om er beter dan voorheen van op de hoogte te zijn welke werkzaamheden in het veld worden verricht en wat de resultaten van die werkzaamheden zijn. In dit kader kan het verzoek worden beschouwd van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de afdeling Sociale Psychiatrie (hoofd: Prof.Dr. R. Giel) van de Rijksuniversiteit in Groningen om een onderzoeksproject uit te voeren ter ‘evaluatie van de psychiatrische voorzieningen’. Binnen dit project vormde het onderhavige onderzoek naar het gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen een zelfstandig onderdeel. Het onderzoek werd verricht om uiteindelijk meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandeling in de psychiatrische ziekenhuizen, toegespitst op twee categorieën patiënten, de kortdurend opgenomenen en de chronische patiënten. Voor de uitvoering van het onderzoek werd de volledige medewerking verkregen van de Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe (Sectie Psychiatrische Instituten). Dit betekende dat gedurende ons onderzoek letterlijk alle deuren voor ons opengingen.

Het behoeft geen betoog dat zonder een dergelijke bereidwilligheid dit onderzoek nooit had kunnen plaatsvinden. Hier past dan ook een woord van dank aan alle stafleden en patiënten die ons in hun leefgemeenschappen toelieten en die steeds veel belang stelden in ons werk. Wij hopen dat de resultaten van dit onderzoek vooral voor hen praktische consequenties zullen hebben. Tenslotte zijn wij zeer erkentelijk voor de hulp en de

adviezen van al diegenen (de medewerkers van de afdeling Sociale Psychiatrie en vele anderen) die ons hebben bijgestaan in de verschillende fasen van het onderzoek en bij de verwerking van de gegevens en die daarmee het tot stand komen van dit boek mogelijk hebben gemaakt.

*W.J.S.*

# Inhoud

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1.   | DE FUNCTIE VAN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS  | 11 |
| 1.1. | Inleiding   | 11 |
| 1.2. | Het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg  | 12 |
| 1.3. | Het psychiatrische ziekenhuis   | 15 |
| 1.4. | Het bed als eenheid van zorg  | 18 |
| 1.5. | Evaluatie van het gebeuren op en rond het bed   | 21 |
| 2.   | DE FUNCTIE VAN HET PSYCHIATRISCHE BED   | 36 |
| 2.1. | Inleiding   | 36 |
| 2.2. | Het onderscheid van de bedden in functionele categorieën                                | 37 |
| 3.   | HET ACTUELE GEBRUIK VAN PSYCHIATRISCHE<br>BEDDEN  | 42 |
| 3.1. | Uitgangspunten  | 42 |
| 3.2. | Vraagstelling   | 45 |
| 3.3. | Opzet van het onderzoek   | 46 |
| 4.   | BEVINDINGEN   | 57 |
| 4.1. | De inventarisatie van de ziekenhuisbevolking  | 57 |
| 4.2. | De classificatie van de afdelingen in<br>A-afdelingen en B-afdelingen                   | 59 |
| 4.3. | De selectie van vier A- en vier B-afdelingen voor verder<br>onderzoek                   | 67 |
| 4.4. | Afdelingskarakteristieken: een schets van het leven op acht<br>verschillende afdelingen | 77 |
| 4.5. | De materiële en personele voorzieningen:<br>het onderscheid tussen de afdelingen        | 85 |
| 4.6. | De effectiviteit van het gebruik van de A-bedden:<br>de kans op ontslag en heropneming  | 91 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.7. Het voortgezette onderzoek op de B-afdelingen. Een poging tot het operationaliseren en toepassen van effectiviteitscriteria | 98  |
| 4.8. Het verband tussen de verschillende onderzoeksresultaten  | 121 |

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| 5. CONCLUSIES EN BESCHOUWINGEN | 137 |
|--------------------------------|-----|

|   |     |
|---|-----|
| 5.1. Enkele kanttekeningen bij de werkwijze van het onderzoek | 138 |
| 5.2. Het gebruik van de bedden                                | 140 |
| 5.3. Evaluatie van het psychiatrische ziekenhuis              | 143 |
| 5.4. Consequenties voor de geestelijke gezondheidszorg        | 147 |
| 5.5. Verantwoording   | 149 |

|              |     |
|--------------|-----|
| SAMENVATTING | 151 |
|--------------|-----|

|         |     |
|---------|-----|
| SUMMARY | 153 |
|---------|-----|

|            |     |
|------------|-----|
| LITERATUUR | 155 |
|------------|-----|

|          |     |
|----------|-----|
| BIJLAGEN | 161 |
|----------|-----|

## LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN

|   |    |
|---|----|
| <i>Tabel 1.3.1.</i> Opnemingen en ontslagen in 39 psychiatrische ziekenhuizen.  | 17 |
| <i>Tabel 1.5.1.</i> Op 31 december aanwezige patiënten in 39 psychiatrische ziekenhuizen, verdeeld in enkele verblijfsduurcategorieën.                              | 23 |
| <i>Figuur 1.5.2.</i> Interactieschema chronische patiënten.   | 27 |
| <i>Tabel 4.1.1.</i> Rangordening van 48 afdelingen naar ontslagratio (O.R.) en percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten.                                    | 59 |
| <i>Figuur 4.2.1.</i> Samenhang tussen de ontslagratio en het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten op 39 afdelingen.                                     | 60 |
| <i>Tabel 4.2.2.</i> Samenhang tussen de grootte en de typering van de afdeling, de hoeveelheid verpleegkundigen en artsen en rendementscriteria voor 47 afdelingen. | 62 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figuur 4.2.3.</i> Samenhang tussen het aantal vaste stafleden per 100 bedden en het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten op 32 afdelingen.   | 63  |
| <i>Tabel 4.2.4.</i> Verdeling van de A- en B-bedden en A- en B-afdelingen in de vier psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe en de opnameduur van het patiëntenbestand per 31-12-1969.  | 65  |
| <i>Tabel 4.3.1.</i> Verdeling van het patiëntenbestand in de geselecteerde A- en B-afdelingen naar geslacht, leeftijd, opnameduur en burgerlijke staat (april 1974).  | 68  |
| <i>Tabel 4.3.2.</i> Mutaties in het patiëntenbestand van vier A- en vier B-afdelingen in de periode april '74-juni '75.   | 70  |
| <i>Figuur 4.3.3.</i> Verblijfsduur. Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.   | 72  |
| <i>Figuur 4.3.4.</i> Leeftijd. Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.  | 73  |
| <i>Figuur 4.3.5.</i> Diagnose. Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.  | 74  |
| <i>Tabel 4.3.6.</i> Verdeling naar diagnose van het patiëntenbestand in de groep A-afdelingen en de groep B-afdelingen (april 1974) en in de groep van 39 psychiatrische instituten in Nederland (31-12-1973).  | 76  |
| <i>Tabel 4.5.1.</i> Enkele materiële voorzieningen van de geselecteerde A- en B-afdelingen (april 1974).  | 86  |
| <i>Tabel 4.5.2.</i> Personeelsbestand van de geselecteerde A- en B-afdelingen (april 1974); idem in een groep van 55 psychiatrische instituten in Nederland met enkele vergelijkbare categorieën.   | 88  |
| <i>Tabel 4.6.1.</i> Heropnemingen. Gegevens betreffende ontslag en heropneming van alle patiënten die tussen 1-1-70 en 1-7-70 werden opgenomen in een der psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe (P.Z. I, II, III en IV) of in een der 39 P.Z. in Nederland. | 95  |
| <i>Tabel 4.6.2.</i> Samenhang tussen de verblijfsduur in het ziekenhuis en de daaropvolgende verblijfsduur in de maatschappij voor patiënten met meer dan een opname (in procenten).  | 97  |
| <i>Tabel 4.7.1.</i> Basale sociale vaardigheden-vragenlijst. Frequentieverdeling in procenten (N = 189).  | 101 |
| <i>Tabel 4.7.2.</i> Factorladingen en item-restcorrelaties voor de 38 items van de definitieve BSV-schalen. Varimaxrotatie en itemanalyse (Likertschaal) 170 personen.  | 107 |
| <i>Tabel 4.7.3.</i> Communicatieschalen. Percentage van het aantal personen dat de afzonderlijke vragen beantwoordde met 'altijd' of 'vaak'.  | 112 |
| <i>Tabel 4.7.4.</i> Observatiegegevens. Rangordening van 15 dagver-   |     |

|   |     |
|---|-----|
| blijven naar het vóórkomen van verschillende aspecten van het verbale contact.  | 117 |
| <i>Figuur 4.8.1.</i> Leeftijd en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor 6 leeftijdscategorieën.   | 123 |
| <i>Figuur 4.8.2.</i> Verblijfsduur en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor 6 verblijfsduurcategorieën.  | 124 |
| <i>Figuur 4.8.3.</i> Diagnose en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor 3 diagnosecategorieën.  | 126 |
| <i>Figuur 4.8.4.</i> Afdeling en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor de vier B-afdelingen.   | 129 |
| <i>Tabel 4.8.5.</i> Enkele aspecten van het afdelingsklimaat. Rangordening van de B-afdelingen naar een aantal voorzieningen en kenmerken, het afdelingsklimaat betreffende.                              | 132 |
| <i>Tabel 4.8.6.</i> Samenhang tussen een aantal patiëntengegevens (leeftijd, diagnose, verblijfsduur), de BSV-scores, het geobserveerd gedrag en het dagverblijf, waar de patiënten als regel thuishoren. | 134 |

# 1. *De functie van het psychiatrische ziekenhuis\**

## 1.1. INLEIDING

De intramurale geestelijke gezondheidszorg in Nederland mag zich de laatste jaren in toenemende mate verheugen in de kritische belangstelling van het publiek en de pers. De kritiek die gecentreerd is rond de vraag: wat gebeurt er toch in de psychiatrische inrichtingen?, is veelal minder genuanceerd dan die van de psychiater Foudraine. Zijn boek 'Wie is van hout...' (1971) heeft een kettingreactie van emotionele mono- en dialogen in gang gezet omtrent de situatie in de psychiatrische ziekenhuizen. De verhalen van (ex)patiënten en hun familieleden vormden een aanklacht tegen de traditionele klinische psychiatrie (zie o.a. Tellegen 1971, Van Eijk-Osterholt 1972 en Paull 1973). Het beeld, dat zij schetsten, plaatst het psychiatrisch ziekenhuis ten dele op één lijn met het totale en autoritaire leefklimaat van gevangenissen en concentratiekampen, omdat het verblijf er even grauw, zinloos en kwellend zou zijn. Merkwaardigerwijs is er tot dusverre nauwelijks sprake geweest van een verweer van de zijde der ziekenhuizen. De reacties die kwamen, behelsden meer een relativisering dan een verdediging van de bestaande situatie (Van Eck 1973, Van der Spek 1974). Naar de redenen voor dit stilzwijgen kunnen wij slechts gissen. De meest voor de hand liggende verklaring is dat men over onvoldoende objectieve gegevens beschikt waarmee de doelmatigheid van de intramurale zorg kan worden aangetoond en het verwijt van de onleefbaarheid kan worden ontzenuwd. Dit gebrek aan objectieve maatstaven om de doelmatigheid van (be)handelingen te beoordelen treedt zeker niet alleen in de psychiatrie op; de gehele gezondheidszorg kampt met hetzelfde probleem. Maar aangezien er momenteel door de maatschappij op ethische, politieke en economische gronden sterke druk wordt uitgeoefend om klaarheid te krijgen in het gebeuren achter de 'hekken' van de psychiatrische inrichtingen, kan en mag een antwoord daarop niet uitblijven. Het vaak aangevoerde argument dat elke arts-patiëntrelatie en elke behandelings situatie uniek is en derhalve voor een buitenstaander niet valt te beoordelen, is niet langer voldoende om alle belanghebbende instanties en groeperingen tevreden te stellen. Men denke hierbij aan de geldschietters (de overheid en de ziekenfondsen), het kwaliteitsbewakende

\* Op blz. 15 wordt nader ingegaan op de gekozen terminologie.

apparaat (de hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid) en de consumentenorganisaties. Dat het verlangen naar een objectivering van de klinische bemoeienissen gerechtvaardigd is kwam onder andere naar voren in het recente rapport van het Nationale Ziekenhuis Instituut over de beddenbezetting in niet-psychiatrische ziekenhuizen (N.Z.I. 1974). Hieruit bleek dat leegstaande ziekenhuisbedden een 'aanzuigend' effect hadden op patiënten en dat de gemiddelde verpleegduur per opname toenam op die plaatsen waar de meeste bedden beschikbaar waren, terwijl in het algemeen de patiëntenpopulaties in diagnoses en aantallen niet verschilden. Dit effect kan in verband worden gebracht met het verouderde financieringssysteem van de ziekenhuizen (het aantal geëffectueerde verpleegdagen vormt de basis voor de verrekening met de ziekenfondsen). Eenzelfde verband kon voor de psychiatrische bedden niet zonder meer worden aangetoond (Giel, De Graaf en Van Weerden-Dijkstra 1975). Toch is het aannemelijk dat ook de psychiatrische ziekenhuizen gebaat zullen zijn met een financieringsgrondslag die niet uitgaat van het principe dat een ziekenhuis meer geld krijgt naarmate het zijn bedden beter gevuld houdt. Hun bezettingsgraad neemt immers van jaar tot jaar af (N.Z.I. 1975).

Een en ander vormt een reden temeer voor de psychiatrische instituten om hun medewerking te verlenen aan onderzoeken die kunnen leiden tot het zichtbaar worden, in kwalitatieve en kwantitatieve zin, van de verschillende functies die zij vervullen bij de opvang van psychiatrische patiënten. Dergelijke onderzoeken zijn in Nederland tot nu toe zeer sporadisch verricht en dan nog voornamelijk voor intern gebruik van het instituut in kwestie. Voor vergelijkende studies van grotere omvang zijn wij aangewezen op de Angelsaksische literatuur, waaraan verderop in dit hoofdstuk uitvoerig aandacht zal worden besteed en die als basis heeft gediend bij de opzet van ons onderzoek.

## 1.2. HET NETWERK VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In vroeger jaren kende de gezondheidszorg twee soorten voorzieningen die elkaar min of meer aanvulden. In de eerste plaats was er de huisarts, die zijn patiënten thuis behandelde en in de tweede plaats het ziekenhuis waar klinisch-specialistische hulp werd geboden. Deze beide soorten voorzieningen zijn blijven bestaan als de steunpunten van een zich overigens steeds uitbreidend systeem van medische en later ook maatschappelijke hulpverlening.

Men spreekt tegenwoordig over de 'echelonnering' van de gezondheidszorg wanneer men de verschillende functies van dit systeem wil aanduiden. Het eerste echelon, of de eerste lijn, wordt gevormd door de huisartsen, het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. Het tweede echelon bestaat voornamelijk uit de poliklinische activiteiten van gespeciali-



seerde werkers; soms vallen ook dagbehandelingen en korte opnamen ter observatie in deze categorie. In het derde echelon tenslotte vinden de klinische behandelingen plaats. In de geestelijke gezondheidszorg vormen de psychiatrische ziekenhuizen deze derde lijn, samen met de psychogeriatrische verpleeghuizen, de zwakzinnigeninrichtingen en de categorale instellingen (zoals de verslavingsklinieken). Het is vooral de tweede lijn, die de laatste jaren in omvang en belangrijkheid is toegenomen. Bij de begeleiding van psychiatrische patiënten is de keus niet langer beperkt tot al dan niet opnemen, maar geleidelijk aan is er een heel netwerk van voorzieningen ontstaan, waaruit voor elke patiënt de meest geschikte vorm van hulpverlening kan worden gekozen. Een dergelijk netwerk betekent idealiter:

‘De gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle voorzieningen in een omschreven gebied voor alle psychiatrische problemen die zich in datzelfde gebied voordoen. Wat dit principe inhoudt is meermalen omschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie (W.H.O.):

1. Integratie en coördinatie van de meestal losse en autonome voorzieningen, met als doel:
2. Continuïteit in de zorg voor de individuele patiënt in de verschillende stadia van zijn ziekte, met als voorwaarde:
3. Flexibiliteit bij het personeel van de voorzieningen om zelf over te kunnen schakelen van de ene vorm van zorg op de andere, of om te kunnen samenwerken met degenen die zo’n andere vorm van zorg bieden.’

De bovenstaande formulering werd door ons (Giel en Schudel 1974) gebruikt in een verslag naar aanleiding van een conferentie over ‘Alternatives to the Mental Hospital’ in York (G.B.). De deelnemers aan die conferentie, psychiaters, sociaalgeneeskundigen en sociale wetenschappers, waren het er snel over eens, dat er geen echt alternatief bestaat voor het psychiatrisch ziekenhuis. Voor de chronische patiënten zijn de andere voorzieningen in feite veel meer ‘complementair’ dan alternatief. Deze voorzieningen vormen een aanvulling op het dienstenpakket van de psychiatrische ziekenhuizen en kunnen bij een verbeterde regionale organisatie een steeds belangrijker rol spelen. Hoe snel deze ontwikkeling zal plaatsvinden, hangt enerzijds af van de bereidheid van de betreffende instanties om een stukje autonomie prijs te geven en anderzijds van de maatregelen die de overheid op het gebied van de regionalisatie gaat doorvoeren (Nota’s geestelijke volksgezondheid 1971, 1974).

Marlet sprak al enkele jaren geleden over de wenselijkheid van een snelle ‘inhaalmanoeuvre’ om de achterstand die hij signaleerde bij de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van de lichamelijke gezondheidszorg weg te werken (Marlet 1972) en Romme (1972) deed een aantal praktische voorstellen om de samenwerking tussen de intra-, semi- en extramurale zorg te verbeteren. Hij pleitte onder meer voor de stichting van streekcentra waar de ambulante voorzieningen kunnen worden samengebracht en voor een

intensievere consultatiefunctie van de sociaal-psychiatrische diensten. Maar wie in 1975 werkzaam is in de geestelijke gezondheidszorg, kan nog slechts weinig bespeuren van een integratie op regionaal niveau. Misschien zal de wetgever toch moeten ingrijpen om de noodzakelijke vooruitgang af te dwingen?

De kwantitatieve aspecten van het psychiatrisch netwerk zijn vooral van belang voor de epidemiologen en de planningsdeskundigen. Essentiële vragen, die uit deze hoek worden gesteld, zijn:

1. Welke psychiatrische voorzieningen zijn er voor een omschreven gebied of een populatie en in welke mate beschikbaar? Bijvoorbeeld, hoeveel bedden of hoeveel psychiaters zijn er per 100 000 van de bevolking?
2. Hoe groot is de behoefte aan de verschillende psychiatrische voorzieningen, nu en in de toekomst, en hoe ligt die behoefte ten opzichte van andere landen of gebieden? Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de behoeften van de stedelijke en de plattelandsbevolking uiteenlopen.
3. Zijn de verschillende voorzieningen complementair of kunnen zij elkaar ten dele vervangen? Kan men bijvoorbeeld bedden afvoeren door meer maatschappelijk werksters aan te stellen en zo ja, is daarvoor een formule op te stellen?

In vele landen staan de overheidsinstanties te dringen om de antwoorden op de tweede en derde vraag in handen te krijgen, soms uit politieke, maar meestal uit economische overwegingen. Voorzichtigheid blijft hierbij geboden.

In Engeland waagden Tooth en Brooke (1961) zich aan een voorspelling van de behoefte aan psychiatrische bedden, gebaseerd op een lineaire projectie van de ontslagcijfers van enkele jaren. Zij berekenden dat in Engeland uiteindelijk 1,8 bedden per 1000 inwoners voldoende zouden zijn; dat was ongeveer de helft van het op dat tijdstip bestaande aantal. In ons land gaf Van Mansum (1974) een prognose over de beddenbehoefte in één ziekenhuis, waarbij ook hij uitging van een constante hoeveelheid opnemingen. Hailey (1971) en Wing (1971) toonden aan dat dergelijke voorspellingen grote fouten opleveren indien het aantal opnemingen jaarlijks blijkt toe te nemen (wat in Nederland het geval is). Behalve een zorgvuldig vervolgen, over langere tijd, van opname-, heropname- en ontslagcijfers, zoals zij deden door middel van het Camberwell Register in Londen, moet ook rekening worden gehouden met externe invloeden. Mede door toedoen van de publieke opinie is het ontslagbeleid van vele psychiatrische ziekenhuizen actiever en misschien wel agressiever geworden.

Het blijkt een reëel gevaar, dat hierdoor vele chronische patiënten worden afgevoerd naar de maatschappij waar echter voor hen geen adequate opvang aanwezig is (Reich 1973). In Londen wordt een opvangcentrum voor vereenzaamde thuislozen voor een belangrijk deel gevuld door ex-

psychiatrische patiënten, voor wie de 'gedwongen' vrijheid hun draagkracht te boven ging (Camberwell Reception Centre; Tidmarsh 1972). Het lijkt ons de aangewezen weg om eerst te trachten de bestaande voorzieningen zo nauwkeurig mogelijk te evalueren, alvorens uitlatingen te doen over de toekomstige behoefte en de eventuele vervanging van de ene soort voorziening door een andere.

### 1.3. HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS

Alvorens wij de functie van het psychiatrische ziekenhuis binnen het netwerk van de gezondheidszorg bespreken, is het nodig aandacht te schenken aan een terminologisch probleem.

Voor de intramurale psychiatrische voorzieningen is een aantal aanduidingen in zwang, die bijna steeds als synoniemen worden gebruikt. Men spreekt over psychiatrische inrichtingen, instituten, centra, instellingen of ziekenhuizen. Al deze benamingen dekken dezelfde lading; men kan hooguit een voorkeur uitspreken voor één of meer van deze. Wij zullen vooral de term psychiatrisch ziekenhuis gebruiken, omdat dit momenteel de officiële aanduiding\* is. Of deze keuze de meest gelukkige is, meende onder anderen Jacobs (1972) te betwijfelen. Hij vond dat 'behandelen van zieken' maar een deel van de taak van het 'psychiatrisch centrum' uitmaakt. Ook verwacht men in het algemeen dat een ziekenhuis 24 uur per dag klaar staat om hulp te verlenen. In de praktijk blijken niet alle psychiatrische ziekenhuizen deze service daadwerkelijk te kunnen bieden. Desondanks zullen wij ons aansluiten bij het gebruik van de overheid en de meerderheid van de psychiatrische-ziekenhuisdirecties en zoveel mogelijk de benaming 'ziekenhuis' gebruiken.

In het netwerk van de psychiatrische voorzieningen neemt het psychiatrisch ziekenhuis nog steeds een vooraanstaande plaats in. Vele tientallen jaren was het 'gesticht' de enige plek waar men raad wist met vreemde, lastige en gevaarlijke mensen. Er bestond dan ook een éénrichtingsverkeer in de patiëntenstroom. In de noordelijke provincies was een 'enkele reis Zuidlaren' niet voor niets in de volksmond lange tijd een gangbare uitdrukking\*\* (zie Gedenboek 'Dennenoord', 1970). Genezing van geestesziekte was uiterst zeldzaam en nazorg onbekend. Met het ontstaan van meer succesvolle behandelingsmethoden en de uitbouw van de sociaal-psychiatrische diensten begon de geïsoleerde positie van de inrichtingen te verdwijnen. Deze ontwikkeling heeft zich de laatste 20 jaar versneld voortgezet. Ondanks de expansie van de semi- en extramurale voorzieningen en de groei van het aantal psychiatrische afdelingen in algemene

\* Zie: Nadere nota over enkele aspecten van de geestelijke volksgezondheid van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

\*\* Evenzo sprak men in Friesland over een 'enkele reis Franeker'.

ziekenhuizen (ook wel P.A.A.Z. genoemd) is het kwantitatieve aandeel van de psychiatrische ziekenhuizen in de patiëntenzorg nog aanzienlijk. In de meeste Europese landen bevindt zich slechts een minderheid van de psychiatrische bedden buiten de traditionele instituten. In Nederland, Engeland en Frankrijk zelfs minder dan 10% van de psychiatrische bedden (W.H.O. 1971). In Zweden is de ontwikkeling al wat verder voortgeschreden; daar staat 25% van de bedden in algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.) of in categorale instellingen zoals verslavingsklinieken of neurosentra. Ook in de meeste Oosteuropese landen blijft dit percentage beduidend boven dat van Nederland. Wanneer wij daarnaast de cijfers bekijken die betrekking hebben op de patiëntenstroom zoals de aantallen opnemingen en ontslagen en de turnover, dan blijkt het aandeel van de P.A.A.Z. veel groter te zijn. Volgens Giel (1973) stonden in 1969 in Nederland tegenover de  $\pm 12\,500$  opnemingen op de  $\pm 26\,000$  bedden in psychiatrische ziekenhuizen maar liefst  $\pm 21\,000$  opnemingen op  $\pm 2100$  P.A.A.Z.-bedden. Kennelijk beperken de P.A.A.Z. zich tot de kortdurende opnemingen (de gemiddelde turnover is 10 patiënten per bed per jaar!), het betreft echter niet noodzakelijkerwijs andere diagnosegroepen. In de meeste andere landen in Europa bestaat een vergelijkbare situatie. Als wij de verblijfsduur van de patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen in ogenschouw nemen, blijkt Nederland in Europa een recordhouder. Eind 1969 was slechts 20% van onze patiënten korter dan 1 jaar opgenomen tegenover 34% in Zweden en 39% in Tsjechoslowakije. Bij de bespreking van de functie van het psychiatrische bed (hoofdstuk 2) komen wij terug op de betekenis van de hier geschetste situatie.

De veranderende functie van het psychiatrisch ziekenhuis komt tot uitdrukking in tabel 1.3.1., waarin van jaar tot jaar het totale aantal opnemingen en ontslagen voor de groep geregistreerde ziekenhuizen is weergegeven.

Uit de tabel blijkt dat van 1968 tot 1974 het aantal opnemingen met 48% is toegenomen. In dezelfde periode nam de Nederlandse bevolking met 6,6% toe (bron: CBS). Het aantal opnemingen per 100 000 van de bevolking steeg van 93,3 per jaar in 1968 tot 129,5 in 1974; een uiteindelijke toename van 39%.

Steeds meer mensen worden jaarlijks in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen en zij blijven telkens gemiddeld minder lang (of dezelfde mensen vaker). Men zou hieruit voorzichtig kunnen afleiden, dat de functies van de ziekenhuizen en de P.A.A.Z. elkaar gaan overlappen. Beide typen instellingen kennen korte opnemingen, maar de ziekenhuizen herbergen ook nog zeer veel chronische patiënten. Enkele veranderingen zijn duidelijk, maar het uiteindelijke resultaat van die veranderingen voor de gezondheidszorg is dat nog allerminst. Over de toekomst van de psychiatrische ziekenhuizen heerst geen overeenstemming. In Engeland was jarenlang het overheidsstandpunt, dat ze maar helemaal moesten verdwijnen (Ministry of Health: Hospital Services for the Mentally Ill, 1971). De Neder-

Tabel 1.3.1. Opnemingen en ontslagen in 39 psychiatrische ziekenhuizen.

| <i>Jaar</i>         | <i>Opnemingen</i> | <i>Ontslagen</i> | <i>Overlijden</i> | <i>Toename of afname<br/>bestand op 31 dec.</i> |
|---------------------|-------------------|------------------|-------------------|---|
| 1968                | 11 810            | 10 026           | 1 545             | + 239   |
| 1969                | 12 503            | 12 259           | 1 755             | – 1 511   |
| 1970                | 12 829            | 11 357           | 1 690             | – 218   |
| 1971                | 13 671            | 12 279           | 1 678             | – 286   |
| 1972                | 14 882            | 13 446           | 1 649             | – 213   |
| 1973                | 16 288            | 15 503           | 1 646             | – 861   |
| 1974                | 17 467            | 16 522           | 1 513             | – 568   |
| Vershil<br>1968-'74 | 5 657             | 6 496            |                   | – 3 418   |

(Bron: Centrale Patiëntenregistratie, Leidschendam)

landse overheid daarentegen heeft bij monde van de leden van de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid Baan en Buis (1972) altijd aangedrongen op een uitbreiding van het takenpakket van de ziekenhuizen en een integratie daarvan met dat van de semi- en extramurale zorg in het kader van een gezamenlijke regionale verantwoordelijkheid.

Inmiddels is de discussie over de wenselijkheid van het blijven of verdwijnen van de psychiatrische ziekenhuizen ook bij ons wel geluwd. Op de voorgrond staat nu de kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg. Men wil meer personeel en betere levensvoorwaarden voor minder patiënten, zoals o.a. het Psychiatrisch Centrum Sint Bavo aangaf in de brochure 'Beschut Wonen' (1975). Voor de chronische patiënt moet de psychiatrische inrichting meer 'thuis' dan 'ziekenhuis' worden. Veel van de huidige ontwikkelingen laten zich moeilijk kwantificeren. Wij denken hierbij aan het omvormen van (delen van) het traditionele ziekenhuis tot een therapeutische gemeenschap en het doorvoeren van de democratiseringsgedachte. In dit kader moet ook de ontwikkeling van de 'sociohuizen' worden genoemd; dit zijn leefgemeenschappen voor chronische patiënten, die vaak geen expliciet therapeutische functie hebben. Dergelijke woonvormen zijn onder meer te vinden in Franeker en in Wagenborgen (Verhoog 1973). Daarnaast staat ook de rechtspositie van de psychiatrische patiënt volop in de belangstelling.

Samenvattend kunnen we opmerken dat het psychiatrisch ziekenhuis als voorziening voorsnog onvervangbaar lijkt te zijn. De functie van het ziekenhuis dient evenwel voortdurend te worden aangepast. De evolutie

van asiel via algemeen behandelcentrum voor geesteszieken tot een regionaal georiënteerd instituut met een gedifferentieerd takenpakket zal idealiter uitlopen in één geïntegreerd systeem van de geestelijke gezondheidszorg waarin alle huidige voorzieningen intensief samenwerken en misschien zelfs organisatorisch opgaan. Aangezien deze ontwikkeling nog lang niet in haar eindfase is gekomen, kunnen wij het op dit moment volledig eens zijn met de Britse psychiater Kidd, die zijn artikel 'The Modern Role of the Psychiatric Hospital' de volgende conclusie meegaf: 'A psychiatric hospital is able to give a first-class comprehensive psychiatric service, equal to that of general hospital psychiatry, if organized along the following lines: sited close to its catchment area; with modernized buildings; adequately staffed; organized as an open-door therapeutic community; organized on a team basis, so that a consultant\* has continuing responsibility for his patient; and linked with the local authority community services. It may be right and inevitable that the mental hospital will one day disappear and that all psychiatry will be done in general hospitals. Until that far-off day, mental hospitals must maintain a high standard of psychiatry for all and receive encouragement and support from the professional as well as the lay public.' (Kidd 1967)

#### 1.4. HET BED ALS EENHEID VAN ZORG

Wie spreekt over klinische voorzieningen voor patiënten met psychiatrische stoornissen, ontkomt er niet aan dat hij het begrip 'bed' of 'psychiatrisch bed' gebruikt wanneer hij een hoeveelheid patiëntenzorg in een getal tot uitdrukking wil brengen. Zo spreken bijvoorbeeld de ziekenfondsonderzoekers over de bedbezetting en de verpleegkosten per bed; de planningsdeskundigen over de behoefte aan bedden en de stichtingskosten per bed; en de epidemiologen over de turnover per bed en de functie van de verschillende soorten bedden in het kader van de gezondheidszorg. Kennelijk beschouwt men het bed als een eenheid van verzorging met behulp waarvan hoeveelheden zorg, geld, tijd en personen worden uitgedrukt. Dit is niet zo vreemd, als wij bedenken dat het bed een essentieel en vast gegeven is voor een opgenomen patiënt. Elke patiënt beschikt altijd over een bed en bijna altijd slechts over één bed. In uitzonderlijke gevallen is er meer dan één bed voor hem beschikbaar, bijvoorbeeld een separeer-bed dat meestal niet als een aparte behandelingsplaats wordt gerekend. De beschikbaarheid van een bed is ook een *conditio sine qua non* voor elke opname; het ontbreken van lege bedden is in de praktijk voor een ziekenhuis het meest valide argument om een aanvraag tot opname af te wijzen. Ongetwijfeld is deze situatie het gevolg van de historische ontwikkeling. Gedurende tientallen jaren zijn de psychiatri-

\* Hier het best te vertalen met: afdelingspsychiater.

sche patiënten steeds bedpatiënten geweest (zie hoofdstuk 2); anno 1975 echter dient het bed voor de psychiatrische patiënt, enkele uitzonderingen daargelaten, alleen tot zijn nachtrust. Overigens zou het zeker interessant zijn na te gaan hoeveel patiënten die in niet-psychiatrische ziekenhuizen wél in bed worden verpleegd, daadwerkelijk bedrust nodig hebben. Dit valt echter buiten het bestek van deze studie.

Het begrip bed wordt thans min of meer als *pars pro toto* voor het gehele pakket van klinische voorzieningen gebruikt. Een bed betekent dan een behandelingsplaats voor een psychiatrische patiënt met de bijbehorende zorg en ruimte. Daarmee is overigens niet gezegd dat er in de praktijk overeenstemming bestaat over het gebruik van het begrip bed. Om dat te bereiken moet eerst een antwoord worden gevonden op de volgende vragen:

1. Is er een definitie te geven van het psychiatrische bed?
2. Is er een onderscheid te maken tussen de verschillende (typen) bedden, naar hun functie en naar andere criteria, zoals de bijbehorende staf, de turn-over en de verpleegprijs?

Het is vooral de tweede vraag die als uitgangspunt heeft gediend voor ons eigenlijke onderzoek. Deze vraag komt in hoofdstuk 3 uitvoerig aan de orde. Nu zullen wij ons bezighouden met de eerste vraag, die ook zou kunnen luiden: wat zouden we als een psychiatrisch bed moeten meetellen als we de psychiatrische voorzieningen trachten te inventariseren?

In het begin van de jaren zestig startte de Wereld Gezondheids Organisatie (W.H.O.) in Europa met een programma voor de verzameling van statistische gegevens op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Uitgaande van de nationale statistieken der lidstaten werd getracht een overzicht op te stellen betreffende het vóórkomen van psychiatrische stoornissen in Europa. Deze activiteiten werden in latere jaren gestroomlijnd en mondden onder andere uit in het instellen van een internationale werkgroep die zich ging bezighouden met 'de classificatie en evaluatie van activiteiten in de geestelijke gezondheidszorg'. Sinds 1968 streeft deze werkgroep naar een standaardisering van begrippen en naar een statistisch gefundeerde verslaggeving teneinde de internationale gegevens zo vergelijkbaar mogelijk te maken. Het ontbreken van een uniforme definitie voor het psychiatrisch bed deed de werkgroep besluiten de volgende omschrijving aan te bevelen (Dusseldorf 1970):

Een psychiatrisch bed dient te voldoen aan de volgende vier criteria:

1. Het bed moet worden bezet door of beschikbaar zijn voor een psychiatrische patiënt.
2. Het bed moet zich bevinden in een ziekenhuis of een andere instelling, maar niet in een particuliere woning.
3. Het bed moet onder toezicht staan van een psychiater, die vast verbonden is aan de betreffende instelling.
4. Het bed moet worden bekostigd als een bed ten behoeve van de gezondheidszorg of het moet als zodanig wettelijk zijn erkend.

Verder was de werkgroep van mening dat het voor elk ziekenhuis noodzakelijk is om een onderscheid te maken tussen bedden voor acute of kortdurend opgenomen patiënten en bedden voor chronische patiënten. Alleen dan zal het mogelijk zijn turnovercijfers en andere statistische patiëntengegevens op een zinvolle wijze te interpreteren, bijvoorbeeld bij de planning van nieuwe bedden (uitgave WHO, Kopenhagen 1971). Over de conferentie in Dusseldorf bracht Giel verslag uit in het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie (Giel 1971).

Een omschrijving, zoals hierboven werd gegeven, betekent beslist niet dat er geen misverstanden meer kunnen ontstaan over de vraag, wat nu een psychiatrisch bed genoemd moet worden. Dit bleek onder meer tijdens de beide 'workshops' over registratie in de geestelijke gezondheidszorg, die in 1972 en 1975 in Groningen werden gehouden. Deelnemers aan de tweede workshop waren onder andere: psychiaters, medische administrateurs van psychiatrische ziekenhuizen, sociologen en medewerkers van respectievelijk het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven.

Tijdens de workshop kregen de deelnemers een oefening voorgelegd, die bestond uit een opsomming van allerlei gezondheidszorg-voorzieningen in een bepaald (fictief) gebied. Zij hadden de taak voor elk van de voorzieningen het aantal psychiatrische bedden aan te geven. Het resultaat van de oefening was niet direct bemoedigend. De 19 deelnemers kwamen bij het tellen van de psychiatrische bedden tot maar liefst 17 verschillende totalen, die varieerden van 491 tot 958. De discussie naar aanleiding van deze oefening leidde tot de volgende omschrijving van het begrip psychiatrisch bed:

Het psychiatrische bed is een eenheid van ruimtelijke capaciteit welke voldoet aan de volgende criteria:

1. Het bed moet 24 uur in gebruik of beschikbaar zijn (bed en woon-faciliteiten + speciale materiële voorzieningen).
2. Een psychiater moet de wettelijke verantwoordelijkheid dragen.
3. Een psychiatrische behandeling door een team moet mogelijk zijn.\*
4. Het gebruik moet bedoeld zijn voor een psychiatrische patiënt; dit is een patiënt die niet zwakzinnig is, niet uitsluitend opgenomen is voor een lichamelijke handicap en niet uitsluitend is opgenomen voor verzorging.
5. Het bed moet behoren bij een erkende ziekenhuisvoorziening.

Aan de hand van deze omschrijving bogen de deelnemers zich nogmaals over de oefening in het tellen van psychiatrische bedden. Het resultaat was dat ditmaal weliswaar alle deelnemers een verschillend totaal bereikten, maar dat de spreiding van de totalen veel kleiner was geworden. Het laagste totaal was 517, het hoogste 787, terwijl de overeenstemming over

\* Dit criterium werd toegevoegd omdat men zich afvroeg of wel van een 'behandeling' kan worden gesproken als de psychiater de enige professionele kracht is.



de afzonderlijke categorieën was toegenomen. De voorzieningen die in de oefening werden genoemd, waren onder meer: een algemeen ziekenhuis met een afdeling voor vergiftigingsgevallen en een geriatrische afdeling; een psychiatrisch ziekenhuis met diverse afdelingen; een inrichting voor zwakzinnigen; een school voor autistische kinderen; een kliniek voor de opvang van alcoholisten; een crisiscentrum; een psychogeriatrisch verpleeghuis en een dagziekenhuis. De oefening maakte vooral duidelijk dat het tellen van voorzieningen alleen zinvol is, wanneer van tevoren nauwkeurig wordt vastgelegd wat het doel, het uitgangspunt en de criteria van de telling zijn.

Wanneer wij de beide genoemde omschrijvingen van een psychiatrisch bed vergelijken, vinden we enkele overeenkomsten, maar ook enige verschillen. Men is het erover eens dat de psychiater de verantwoordelijke behandelaar moet zijn en dat het gaat om een voorziening binnen de gezondheidszorg. Tevens zeggen beide omschrijvingen dat er naast de psychiater ander therapeutisch personeel moet zijn. De Dusseldorfsse omschrijving spreekt over een psychiatrische patiënt zonder meer, maar de Groningse omschrijving expliciteert wat men daaronder moet verstaan. Verder sluit de Groningse omschrijving behandelplaatsen in dag- en nachtziekenhuizen uit, terwijl 'sociohuizen' buiten de instelling eventueel wél meegerekend kunnen worden.

Al met al is uit het voorgaande wel duidelijk geworden dat zelfs deskundigen niet precies weten en het er niet over eens zijn wat zij onder een psychiatrisch bed verstaan. Dat lijkt een extra bezwaar als van hen een mening wordt gevraagd over de toekomst van de klinisch-psychiatrische voorzieningen en de behoefte daaraan.

## 1.5. EVALUATIE VAN HET GEBEUREN OP EN ROND HET BED

Bij het zoeken naar maatstaven waarmee men het effect van de psychiatrische opname kan beoordelen, moet men ervan doordrongen zijn, dat het werk in de psychiatrische ziekenhuizen niet los gezien kan worden van het functioneren van het gehele netwerk van de geestelijke gezondheidszorg. Giel (1971) wees in zijn artikel 'Hoe goed is eigenlijk de geestelijke gezondheidszorg in Nederland?' op het feit, dat nog veel te weinig bekend is over het daadwerkelijk functioneren van de ambulante psychiatrische zorg; terwijl Romme (1970) de geringe doorstroming van de psychiatrische ziekenhuizen voor een deel toeschreef aan het ontbreken van voldoende aanvullende voorzieningen. Wanneer wij ons nu gaan bezighouden met de evaluatie van de intramurale zorg zullen wij moeten accepteren, dat mogelijk belangrijke invloeden van buiten het ziekenhuis ons ontgaan.

### *1.5.1. Opneming, verblijf en ontslag*

Dagelijks worden in Nederland vele tientallen mensen in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen en worden er ongeveer evenveel uit die ziekenhuizen ontslagen. Zoals wij in tabel 1.3.1 hebben gezien, is deze continue stroom van patiënten gedurende de laatste vijf jaar flink gezwellen. Steeds meer mensen worden opgenomen en zij blijven gemiddeld steeds korter.

Wat betekent deze ontwikkeling voor de individuele patiënt? Op het eerste gezicht lijkt er niet veel te zijn veranderd voor de (aanstaande) patiënt. Voor hem (of haar) blijft de psychiatrische opneming een volstrekt individueel gebeuren met een meestal negatieve emotionele lading; het is het voorlopige eindpunt van een reeks van interacties met de directe omgeving die uitloopt op de beslissing (van wie dan ook) dat een verblijf in het eigen milieu niet langer verantwoord kan worden geacht. Hierbij spelen verschillende factoren een rol:

1. de directe aanleiding voor de opneming (bijvoorbeeld een opwindingsstoestand, een zelfmoordpoging of een uit de hand gelopen echtelijke ruzie);
2. de dieperliggende oorzaken op intrapsychisch, sociaal en lichamelijk gebied (bijvoorbeeld huwelijksconflicten, pensionering of invaliditeit);
3. de rol van de sleutelfiguren in de directe omgeving (bijvoorbeeld een verbroken relatie);
4. de aard en de functie van de verwijzer die het beslissende advies tot opneming gaf (bijvoorbeeld de huisarts, een maatschappelijk werker of de rechter);
5. het verwachtingspatroon van de patiënt (bijvoorbeeld een depressieve bejaarde die niets meer wil of een alcoholist die van de drank af wil).

Hoe het de patiënt zal vergaan tijdens zijn verblijf, is eveneens van veel al of niet toevallige omstandigheden afhankelijk. Behalve de factoren bij opname, gaan nu ook andere invloeden meetellen:

1. de aard van de instelling en van de afdeling waar hij terecht komt (bijvoorbeeld een crisiscentrum of een gesloten paviljoen);
2. de kwaliteit en de hoeveelheid van het therapeutisch personeel dat zich met hem bezighoudt (hoeveel tijd en aandacht wordt er aan hem besteed?);
3. de mate waarin hij het contact met zijn eigen milieu kan onderhouden (hierbij speelt ook de ligging van het ziekenhuis een rol);
4. de psychiatrische behandeling in engere zin.

Verschiedende van deze factoren zijn inmiddels het onderwerp geweest van onderzoeken waarvan sommige een beschrijvend en andere een meer evaluerend karakter hadden. Bekend is de studie van Goffman (1961), die belangrijke overeenkomsten beschreef tussen het leefklimaat

in gevangenissen, kazernes en psychiatrische inrichtingen (door hem 'total institutions' genoemd). Hoewel zijn beeld van de grote Amerikaanse inrichtingen van de vijftiger jaren (de zogenaamde 'snake-pits') ons nu als een anachronisme voorkomt, geeft hij duidelijk aan wat voor omwenteling een patiënt moet doormaken, die een psychiatrisch ziekenhuis betreedt. Deze omwenteling zal minstens zo ingrijpend zijn als de aanpassingscrisis van de somatisch zieke mens die moet worden opgenomen (Bremer 1963). Eenmaal opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis, bevindt de patiënt zich op zijn afdeling vrijwel direct in het middelpunt van een aantal factoren die op hem inwerken; de resultante van de grootte en de richting van de impulsen van deze factoren waarvan de belangrijkste al werden genoemd, zal uiteindelijk bepalen of en wanneer de patiënt weer zal worden ontslagen.

Stanton en Schwartz gingen in hun boek 'The Mental Hospital' (1954) uitvoerig op de besluitvorming in en op de tenuitvoerlegging daarvan op de afdelingen. Beenen (1974) heeft in zijn onderzoek gepoogd een groot aantal persoonlijke kenmerken van elke patiënt in verband te brengen met de verblijfsduur. Hij vond zijn resultaten 'aan de magere kant' en achtte een mogelijke verklaring hiervoor: 'het grotendeels ontbreken van systematische besluitvorming rondom de opname en het ontslag van psychiatrische patiënten'. Kennelijk zijn er teveel, nog onduidelijke factoren van invloed op de duur van een ziekenhuiscarrière van een psychiatrische patiënt, waardoor voorspellen van die verblijfsduur een hachelijke zaak wordt.

De aanleiding tot de opname, de wijze waarop deze wordt uitgevoerd (vrijwillig of krachtens een juridische maatregel) en ook de diagnose bieden onvoldoende houvast om er algemeen geldige regels aan te ontleen. Ter illustratie volgt hier een beknopte tabel waarin een aantal verblijfsduurgegevens zijn weergegeven.

*Tabel 1.5.1. Op 31 december aanwezige patiënten in 39 psychiatrische ziekenhuizen, verdeeld in enkele verblijfsduurcategorieën.*

|      |   | 0-3 mnd | 1-2 jr | > 5 jr | aantallen |
|------|---|---------|--------|--------|-----------|
| 1968 | ♂ | 8,3%    | 7,2%   | 61,6%  | 12 709    |
|      | ♀ | 8,5%    | 7,8%   | 59,0%  | 13 643    |
| 1970 | ♂ | 9,1%    | 7,3%   | 60,1%  | 12 631    |
|      | ♀ | 10,3%   | 7,2%   | 57,8%  | 13 236    |
| 1973 | ♂ | 11,7%   | 7,3%   | 56,4%  | 12 116    |
|      | ♀ | 12,5%   | 7,5%   | 54,7%  | 12 527    |

(Bron: Centrale Patiëntenregistratie, Leidschendam)

De tabel laat zien, dat in het totale bestand het aantal patiënten met een korte verpleegduur jaarlijks toeneemt, terwijl het aantal chronische patiënten geleidelijk vermindert.

In Groot-Brittannië, waar patiëntenregisters al veel langer operationeel zijn, werd dezelfde tendens waargenomen. Hailey (1971) meldde vanuit het Camberwell Register in Londen dat van de patiënten die in 1965 waren opgenomen, slechts 5% langer dan 1 jaar en 1,7% langer dan 2 jaar opgenomen bleef. Baldwin's gegevens uit Aberdeen leverden ongeveer dezelfde bevindingen op (Baldwin 1967). Samenvattend kunnen we opmerken, dat op grond van de verblijfsduur de patiëntenbevolking van de psychiatrische ziekenhuizen in grofweg twee groepen is te verdelen:

1. patiënten die nog pas korte tijd in het ziekenhuis verblijven; zij zullen in meerderheid binnen een jaar weer zijn ontslagen;
2. patiënten die reeds lange tijd (bijvoorbeeld meer dan twee jaar) zijn opgenomen; zij zullen in meerderheid niet meer worden ontslagen.

Op de consequenties van dit onderscheid voor een analyse van het functioneren van psychiatrische ziekenhuizen en de mogelijkheden voor een praktische toepassing van dit principe wordt later nader ingegaan (zie p. 43 e.v.).

De realiteit van het gegeven dat sommige patiënten *wel* en andere patiënten niet meer naar de maatschappij zullen terugkeren, gebiedt ons stil te staan bij de gevolgen hiervan voor de bemoeienis van het personeel van de ziekenhuizen met de betreffende patiëntengroepen. Zoals Beenen (1974) terecht in de samenvatting van zijn onderzoek stelde, is een zo kort mogelijke opnemingsduur gewenst, zowel vanuit het standpunt van de patiënt als vanuit dat van de maatschappij. Dit houdt in dat het primaire doel van een psychiatrische opnemingsduur *het ontslag* moet zijn. Vanzelfsprekend is het ontslag niet een losstaand gegeven: het dient te worden gekoppeld aan een prognose over de verdere lotgevallen van de patiënt, die moet aangeven dat het tijdstip van ontslag weloverwogen is. Zijn kans om zich in de maatschappij te handhaven moet door de behandelaars aanvaardbaar geacht worden. Hoe moeilijk deze prognose kan zijn toonde De Jonghe aan in zijn dissertatie: 'Terug van weggeweest' (De Jonghe 1974). Voor de individuele patiënt is tot nu toe een echt betrouwbare prognose, gebaseerd op zijn specifieke kenmerken of op een algehele klinische indruk, niet goed mogelijk. Dit kan echter nimmer een argument zijn om een patiënt dan maar opgenomen te houden. Zolang er geen goede prognostische criteria voor handen zijn, blijft de psychiater aangewezen op zijn niet goed te omschrijven inzicht, dat per patiënt en van psychiater tot psychiater sterk zal variëren.

Men kan hooguit spreken over categorieën van ontslagredenen, bijvoorbeeld zoals die door Katz en Woolley (1975) werden gerangschikt. Therapeutische stafleden (artsen, psychologen, maatschappelijk werkers) van 12 ziekenhuizen noemden o.a. de volgende ontslagcriteria, in volgorde van belangrijkheid:

1. De patiënt is geen gevaar (meer) voor zichzelf of voor anderen.
2. Hij functioneert op een aanvaardbare wijze en doet zichzelf en anderen geen schade.
3. De verbetering van het gedrag is voldoende uitgesproken om zich buiten het ziekenhuis te kunnen handhaven.
4. De psychiatrische symptomen zijn verdwenen.
5. Het milieu waarin de patiënt kan terugkeren lijkt voldoende stabiel.
6. De patiënt aanvaardt de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag.

De Jonghe (1974) onderscheidde de volgende drie aspecten aan de prognose, waaronder onzes inziens de meeste van bovenstaande criteria lijken te vallen:

1. De psychopathologische toestand; dit is het al dan niet blijven bestaan van symptomen, die het functioneren van het individu belemmeren.
2. De mogelijkheid om zich maatschappelijk te handhaven; dit kan worden gelijkgesteld met de mogelijkheid om een heropname te voorkomen.
3. Het niveau van maatschappelijk functioneren; dit aspect geeft aan of de patiënt erin slaagt een niveau van functioneren te bereiken dat min of meer vergelijkbaar is met het niveau van de meeste volwassenen in onze maatschappij.

Het verschil tussen 2 en 3 is graduueel: het derde aspect wordt pas relevant als het tweede is verwezenlijkt. De Jonghe noemde deze twee aspecten samen de 'sociale prognose' van de patiënt; het eerste aspect vormde volgens hem de 'klinische prognose'. Zijn onderzoek beperkte zich tot het tweede aspect.

In de beide genoemde onderzoeken betrof voornamelijk patiënten die een betrekkelijk kort verblijf in het ziekenhuis hadden meegemaakt. Zoals Chien en Sharaf (1971) aan hebben gegeven, zijn de factoren die het ontslag van chronische patiënten beïnvloeden, in vele opzichten verschillend van die bij de 'acute' patiënt. Zij vonden geen significante verschillen in de psychiatrische symptomen, het gedrag op de afdeling en de ernst van de ziekte tussen de chronische patiënten die werden ontslagen en degenen die achterbleven. Van veel meer invloed op het ontslag was de attitude van de staf. Daar waar de stafleden (vooral de verplegenden) zich inzetten voor het ontslag werd dit ontslag ook vaker bereikt.

We stelden al eerder dat de kans op ontslag voor chronische patiënten, wanneer we deze definiëren als patiënten die 2 jaar onafgebroken opgenomen zijn geweest, niet bijster groot is. Van Weerden-Dijkstra berekende die kans voor de chronische patiënten in Nederland. De kans op ontslag binnen een jaar was 4,3% voor de groep patiënten met een verblijfsduur van meer dan 2 jaar en 1,1% voor de groep met een verblijfsduur van meer dan 5 jaar. Hailey (1971) gaf aan dat patiënten van 45 tot 64 jaar, die reeds één jaar waren opgenomen, meer kans hadden binnen

een jaar te overlijden dan te worden ontslagen. Hoe sprekend deze cijfers ook mogen zijn, hun interpretatie is vooral van epidemiologisch belang. Toepassing ervan op de afzonderlijke patiënten blijft een moeilijke zaak. Immers, het empirische gegeven dat bijvoorbeeld 99,8% van alle passagiers een vliegtocht overleeft, heeft voor de willekeurige reiziger die ergens een vliegtuigtrap beklimt slechts een betrekkelijke waarde: hij weet dat vliegtochten in het algemeen goed aflopen, maar hoe het deze keer zal gaan, weet hij niet. Toch zegt het voldoende over de veiligheid in de lucht. Dienovereenkomstig blijft ontslag in principe altijd mogelijk, zelfs voor de meest chronische patiënt.

Het is intussen een geheel andere kwestie of het beleid van de behandelers inderdaad steeds op het ontslag gericht moet blijven. Wing (1963) is van mening dat het ontslag naar het eigen milieu en de eigen werkkruis als ideaal moet worden nagestreefd. Wanneer dit onhaalbaar blijkt, moet in elk geval het lichamelijke, psychologische en sociale dysfunctioneren worden bestreden. Gottfries en medewerkers noemden als realistische doelstelling bij de behandeling van ernstig zieke en chronische patiënten: een zodanige verbetering bewerkstelligen, dat zij binnen het instituut optimaal kunnen functioneren (Gottfries et al. 1968).

Een behandelend instituut ontplooit activiteiten teneinde haar chronische patiënten in staat te stellen verloren gegane sociale vaardigheden opnieuw aan te leren. Deze activiteiten kunnen worden aangeduid met het begrip resocialisatie(proces). Volgens Bambang Oetomo (1970) denken we bij resocialiseren aan 'het leggen van contacten en het ontwikkelen van vertrouwensrelaties met patiënten, met het doel de patiënt te helpen om zich passend en gemakkelijk te gedragen in groepen of tegenover individuen, opdat hij zich weer een sociale positie in het milieu van herkomst of een nieuw toekomstig milieu kan verwerven'. Dit is overigens geen nieuwe gedachte; resocialisatie wordt allang door de psychiatrische instellingen als een voorname taak beschouwd. Gedeeltelijke synoniemen duiken telkens op; revalidatie, resocialisatie en sociale integratie hebben het oude begrip aanpassing verdrongen. Ook in ons land is op verschillende plaatsen getracht om het begrip resocialisatie te operationaliseren; onder andere in 'Groot Graffel' (Warnsveld) en St. Bavo (Noordwijkerhout).

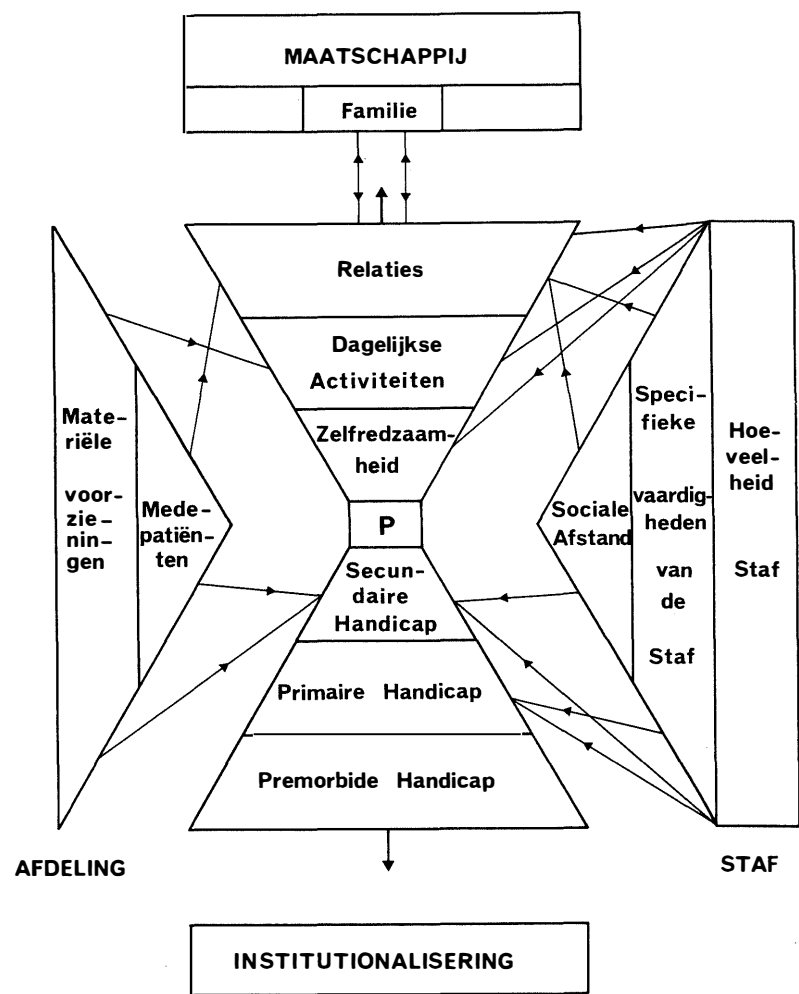
Wanneer wij het uitgangspunt van Gottfries voor ogen houden, kunnen wij een poging doen het 'optimaal functioneren binnen de instelling' in een drietal punten vast te leggen. Wij stellen dat 'optimaal functioneren' minimaal het volgende inhoudt:

1. de patiënt moet in zijn lichamelijke verzorging onafhankelijk zijn van anderen;
2. zijn dagelijkse activiteiten moeten afwisselend zijn; en
3. hij moet relaties kunnen aangaan en onderhouden met medepatiënten en stafleden, evenals met mensen buiten de instelling.

Negatieve resultaten op één of meer van deze drie onderdelen zullen de

vrijheid en de zelfontplooiing van de patiënt in de weg staan en hem hechter verankeren aan het instituut en aan de status van een chronische patiënt. Positieve resultaten op de drie genoemde gebieden zullen de patiënt meer ‘maatschappijgericht’ maken en minder afhankelijk van het instituut. Bij de beschrijving van de onderzoeksmethodiek in een volgend hoofdstuk zullen deze basisthema’s nader worden uitgewerkt en geoperationaliseerd.

Wij spraken aan het begin van deze paragraaf over de factoren die van invloed zijn op een patiënt die is opgenomen. Het lijkt gerechtvaardigd



*Figuur 1.5.2. Interactieschema chronische patiënten.*

om aan te nemen, dat de invloed van de afdeling op het doen en laten van de patiënt steeds zwaarder gaat wegen naarmate hij langer blijft opgenomen. Tenslotte raakt hij in toenemende mate de normale verhoudingen in de maatschappij ontwend. In figuur 1.5.2. (p. 27) is samengevat op welke wijze de patiënt en zijn omgeving elkaar beïnvloeden.

De negatieve kenmerken (handicaps) zullen de patiënt 'chronischer' of meer 'geinstitutionaliseerd' maken, de positieve kenmerken zullen resocialisatie tot gevolg hebben. Vanzelfsprekend is het uiteindelijk resultaat afhankelijk van het gewicht van de afzonderlijke factoren en van hun interactie. De driedeling van de handicaps ontleenden wij aan Wing en Brown (1971):

1. De premorbide handicaps zijn de negatieve kenmerken van de patiënt vóór het uitbreken van de psychiatrische ziekte, zoals bepaalde karaktertrekken, een geringe begaafdheid, een laag opleidingsniveau, lichamelijke gebreken etc.
2. De primaire handicap wordt gevormd door de eigenlijke psychopathologie, zoals een denk- of een stemmingsstoornis (de diagnostische rubricering in engere zin).
3. De secundaire handicap bestaat uit de negatieve gevolgen van de opnemings: de onzelfstandigheid, de sociale angst, het isolement etc.

Over het verband tussen de verschillende handicaps schreven Wing en Brown (id.) onder meer:

'The essence of the concept of institutionalism is that long-term exposure to the social pressures of the institution has brought about a change in the individual's behaviour and attitudes; but the limiting case occurs where such behaviour is already present in embryo before admission. If a great many such people are admitted, the apparently high prevalence of "institutionalism", compared with that in another community, may be misleading.'

Mede op grond van dit schema werd een deel van ons onderzoek gericht op het zoeken naar verbanden tussen de verschillende kenmerken van de psychiatrische afdelingen enerzijds en het daadwerkelijk functioneren van hun chronische bewoners anderzijds. De evaluatie van individuele patiënten is niet het doel van deze studie. Veeleer is deze een middel om te komen tot uitspraken over het functioneren van afdelingen teneinde in tweede instantie het psychiatrische ziekenhuis in de beoordeling te betrekken. Uiteindelijk zullen ook de mogelijke consequenties voor het beleid in de geestelijke gezondheidszorg worden besproken.

### *1.5.2. De effectiviteit van de psychiatrische opnemings*

Zoals in het voorgaande werd betoogd, dient de behandeling van een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis in de eerste plaats gericht te zijn op diens ontslag. Pas wanneer het ontslag een onhaalbaar of vrijwel onhaalbaar resultaat moet worden geacht kan van het ontslag als doelstel-



ling worden afgezien en kan in plaats daarvan gestreefd worden naar de maximale zelfontplooiing van de patiënt binnen de instelling.

De doeleinden van het handelen van vooral het therapeutisch werkzame personeel in psychiatrische ziekenhuizen zijn hiermee aangegeven. Onder therapeutisch werkzaam personeel kan men verstaan: verpleegkundigen, psychiaters, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers en personeel van de 'actieve' therapieën.

Zij zijn er in de eerste plaats verantwoordelijk voor of, en zo ja in welke conditie, de psychiatrische patiënten het ziekenhuis kunnen verlaten, al spelen hierbij, zoals we hebben besproken, ook andere factoren een rol. Hier stuiten wij op het reeds gesignaleerde probleem van het meten van de doeltreffendheid of beter gezegd van het nuttig effect van de inspanningen die het ziekenhuis levert ten behoeve van zijn patiënten. Verschillende Engelstalige auteurs hebben zich beziggehouden met de 'effectiveness' van het werk van psychiatrische instellingen. In de volgende bespreking zullen de begrippen effectiviteit en doeltreffendheid als synoniemen worden gebruikt (Van Dale 1969), evenals de adjectieven effectief en doeltreffend. Wanneer er gesproken wordt over een maat voor het bepalen van effectiviteit zal daarvoor het begrip rendement worden gehanteerd.

Het begrip rendement moet in dit verband worden beschouwd als het meetbare nuttige effect van menselijke inspanningen; het is geenszins de bedoeling om door het gebruik van deze aan de economie ontleende term de patiënt te degraderen tot een gevoelloze en onbewuste eenheid van materie, waaruit machinaal en aan de lopende band een min of meer volwaardig produkt wordt gesmeed. Wel is het onze opzet om de interactie tussen de patiënten en hun behandelaars wat meer uit de sfeer van de persoonlijke indrukken te halen. Op die manier wordt het wellicht mogelijk het nuttig effect van de behandeling te beoordelen voor groepen van patiënten in afzonderlijke afdelingen of in gehele ziekenhuizen. Dat wij er hierbij in zullen slagen 'harde' criteria voor het bepalen van het therapeutische rendement in handen te krijgen lijkt ons, gezien de resultaten van onderzoeken elders, niet zo waarschijnlijk.

Eenvoudig gesteld kan men op drie niveaus criteria kiezen voor het beoordelen van het effect van de intramurale psychiatrische zorg:

1. het verbeteren van het gedrag en het niveau van functioneren binnen de instelling;
2. het bereiken van ontslag en de snelheid waarmee dit geschiedt;
3. de mate van aanpassing of rehabilitatie na het ontslag in de maatschappij.

Tot dusverre hebben de meeste onderzoekers zich bij het kiezen van hun rendementscriteria tot het tweede van deze drie uitgangspunten beperkt, aangezien zij daarbij gebruik konden maken van objectieve en betrekkelijk eenvoudig te verkrijgen gegevens.

Het reeds eerder aangehaalde onderzoek van De Jonghe (1974) was weliswaar gericht op de maatschappelijke aanpassing van patiënten, maar de nadruk lag niet op het beoordelen van de effectiviteit van de behandeling. Hij zocht vooral bij de patiënt zelf naar een verklaring van zijn bevindingen.

Jones en Sidebotham (1962) vergeleken drie psychiatrische inrichtingen in Engeland, te weten:

- A. een particulier ziekenhuis met 300 bedden;
- B. een provinciaal ziekenhuis met 400 bedden, dat geaffilieerd was met de National Health Service;
- C. een provinciaal ziekenhuis met 2750 bedden, dat volledig onder de National Health Service ressorteerde.

Zij toetsten in hun onderzoek aanvankelijk een achttal variabelen met behulp waarvan zij het rendement wilden bepalen:

1. de klinische toestand van de patiënten bij hun ontslag (de percentages voor resp. genezen, verbeterde en niet-verbeterde patiënten);
2. de opnameratio:  $\frac{\text{opnemingen in 1 jaar}}{\text{gemiddeld aantal aanwezige patiënten}} \times 100$ ;
3. de ontslagratio:  $\frac{\text{ontslagen in 1 jaar}}{\text{gemiddeld aantal aanwezige patiënten}} \times 100$ ;
4. de stafratio: gemiddeld aantal stafleden per patiënt;
5. de gemiddelde hoeveelheid tijd welke per arts per patiënt dagelijks aan psychiatrische zorg werd besteed;
6. de gemiddelde opnameduur bij ontslag;
7. het percentage patiënten dat in de periode na ontslag een achteruitgang (relapse) vertoonde, c.q. het percentage dat heropgenomen werd;
8. de gemiddelde behandelingskosten per ontslagen patiënt.

Uit deze variabelen werden meer complexe criteria samengesteld, die eveneens werden getoetst. In hun conclusie stellen de auteurs allereerst vast dat een eenvoudig rendementscriterium, dat steeds kan worden gebruikt, niet bestaat. Zij wijzen erop dat zij zich, bij het zoeken naar een dergelijk criterium, hebben beperkt tot de 'short-stay' groep van de patiënten. Dat zijn de mensen die binnen twee jaar na opname worden ontslagen. Aan het bepalen van rendementscriteria voor chronische patiënten zijn zij niet toegekomen.

Hun onderzoek levert een aantal gevolgtrekkingen op:

1. er bestaat een negatief verband tussen de opnameduur en het aantal arts-uren per patiënt; d.w.z. hoe langer een patiënt is opgenomen, des te minder krijgt hij een arts te zien;
2. de gemiddelde kosten per kortdurende opname kunnen worden gebruikt als rendementscriterium;
3. de inrichting met een hoge verpleegprijs (A) per dag had in dit opzicht een hoger rendement dan de inrichting met een lage verpleegprijs (C). Met andere woorden: een dure inrichting met veel perso-

neel kan wellicht zó veel sneller werken dan een goedkope inrichting, dat de kosten per behandeling lager uitvallen. Dit is een interessante constatering waar wij later bij de beschouwing van ons eigen onderzoek nog nader op in zullen gaan.

Ullmann (1967) onderzocht 30 psychiatrische ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Aan de hand van literatuurgegevens stelde hij twee basishypothesen op:

1. hoe groter het psychiatrisch ziekenhuis is, des te kleiner is het rendement;
2. hoe groter het aantal stafleden is, des te groter is het rendement.

Voor de staf gelden hierbij volgens hem twee algemene eisen: de interactie van stafleden en patiënten moet gericht zijn op het ontslag van de laatsten. Voor het opstellen van mogelijke rendementscriteria noemt Ullmann als parameters o.a. de begrippen 'First Significant Release (FSR)' en 'In Community Days (ICD)'. De FSR omvat de periode tot aan het tijdstip waarop een patiënt 90 dagen onafgebroken buiten het psychiatrisch ziekenhuis heeft verkeerd, gerekend vanaf de dag van opname. De FSR wordt dus voor een patiënt in het gunstigste geval bereikt op de 91ste dag, namelijk als hij op de dag van opname weer wordt ontslagen. Ullmann kiest als criterium het percentage patiënten dat op of binnen 274 dagen na opname een FSR heeft bereikt, dat wil dus zeggen dat elk van deze patiënten binnen 6 maanden is ontslagen.

De ICD wordt uitgedrukt in een getal dat aangeeft hoeveel dagen een patiënt in totaal buiten de inrichting heeft doorgebracht, indien hij niet 'tegen advies' was ontslagen. Dit getal wordt op verschillende tijdstippen na de opname bepaald, bijvoorbeeld 3 maanden, 6 maanden, 1 jaar en 2 jaar. Zelf koos de auteur in zijn onderzoek behalve het genoemde FSR-criterium ook de opnameratio. Beide criteria, FSR en opnameratio, werden beperkt tot één diagnostische categorie, die der schizofrene psychosen. Daarnaast werden twee algemene criteria gebruikt. Eén daarvan was de turnover, dit is het aantal per jaar door ontslag, overlijden of overplaatsing afgevoerde patiënten gedeeld door het aantal gemiddeld op één dag aanwezige patiënten in het ziekenhuis. Het laatste criterium was het percentage patiënten dat langer dan twee jaar onafgebroken was opgenomen. Deze vier rendementscriteria, kortweg FSR, opnameratio, turnover en long-stay percentage genoemd, werden in een correlatiematrix ondergebracht tezamen met verschillende ziekenhuisvariabelen, zoals de grootte en samenstelling van de staf, het totale aantal bedden, de uitgaven voor verschillende ziekenhuisvoorzieningen, de aanwezigheid daarvan en het aantal aanvragen voor opname in het ziekenhuis.

#### *Resultaten van het onderzoek van Ullmann:*

Ten eerste wat betreft het verband tussen de rendementscriteria enerzijds en het beddental en/of de grootte van de stafbezetting anderzijds:

- Er bestond een significant verband tussen alle rendementscriteria en de beide andere groepen van factoren, waarbij de ziekenhuisgrootte (het beddental) een negatieve correlatie vertoonde met de rendementscriteria: weinig bedden → hoog rendement.
- Indien de stafbezetting constant werd gehouden, was de correlatie tussen het beddental en het rendement nog steeds significant, terwijl omgekeerd bij een constante grootte de correlatie tussen de stafbezetting en het rendement aan de grens van de significantie lag. Hieruit maakte hij op dat zowel stafgrootte als de omvang van het beddenbestand direct van invloed zijn op het rendement.

Ten tweede wat betreft het verband tussen het rendement en de ziekenhuisorganisatie:

- Er bestond een duidelijk positief verband tussen het rendement enerzijds en anderzijds:
  - a. procentueel hoge kosten voor administratie;
  - b. procentueel lage kosten voor voeding en onderdak;
  - c. een groot aantal aanvragen voor opname;
  - d. een groot aantal therapeutische stafleden per patiënt;
  - e. een uitgebreid 'family care'-programma.

#### *Conclusies van Ullmann:*

1. Kleinere ziekenhuizen of kleinere eenheden bieden voordelen op het gebied van efficiënt werken.
2. Bij heropname dient een patiënt bij voorkeur op dezelfde afdeling bij dezelfde staf terecht te komen. Dit is waarschijnlijker bij kleine behandelingeenheden (hier zou minder wisseling van personeel voorkomen).
3. Bij kleinere zelfstandige afdelingen is er minder kans op het 'afschuiven' van mislukte therapieën ('chronische paviljoens').
4. De noodzaak voor vele ziekenhuizen om een 'beddenbezetting' te halen werkt negatief op het ontslag en daardoor op het rendement (dit is een gevolg van het foutieve honoreringssysteem).
5. Noodzakelijk is dat de verantwoordelijkheden duidelijk zijn vastgelegd en dat er niet teveel verticale beslissingslijnen zijn.
6. Actieve en goede supervisie is een belangrijke voorwaarde voor een hoog rendement.

Zowel Jones en Sidebotham als Ullmann hebben het ontslag en de snelheid van ontslag gebruikt als de hoeksteen voor de opbouw van hun rendementsonderzoek.

Linn (1970) betreurt het feit dat zo weinig aandacht is besteed aan de mate waarin patiënten zich na hun ontslag in de maatschappij kunnen handhaven. Hij acht het noodzakelijk dat de kwaliteit van de zorg in de psychiatrische ziekenhuizen mede wordt betrokken in onderzoeken betreffende de effectiviteit van het therapeutisch handelen. Hierbij wijst

hij op het volgens hem inmiddels algemeen aanvaarde principe van het therapeutisch milieu of de therapeutische gemeenschap als een noodzakelijke voorwaarde voor verantwoord en effectief werken in de intramurale voorzieningen. Een groot bezwaar is echter dat het directe therapeutische effect van een dergelijke aanpak zich zo slecht laat objectiveren. Aan onderzoeken naar de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van een therapeutisch klimaat op een afdeling of in een ziekenhuis is bepaald geen gebrek. Zie hiervoor onder andere het werk van Jackson (1969) en Kish (1971). Ook in ons land hebben verschillende auteurs zich in deze materie verdiept: Bierenbroodspot (1969), Van Hest (1972), Van Anel (1974) en Bambang Oetomo (1974). Tevens zijn er door sommigen schalen ontworpen om de verschillende aspecten van het therapeutisch klimaat meetbaar te maken: Venables (1957), Houts en Moos (1968, 1969). Wat echter tot dusverre achterwege is gebleven, is het koppelen van dergelijke klimaat- of milieufactoren aan rendementscriteria zoals bijvoorbeeld de ontslagratio.

Linn (1970) doet hiertoe in zijn onderzoek wel een poging. Hij vergeleek 12 Amerikaanse staatsziekenhuizen met gemiddeld ruim 2000 bedden. Hij onderzocht een groot aantal variabelen, zoals het aantal stafleden per patiënt (opgesplitst naar de disciplines), de duur van de aanwezigheid van de afdelingsarts op zijn afdeling, de hoeveelheid interactie tussen de staf en de patiënten, het bezoek van de patiënten aan de verschillende therapeutische afdelingen, de materiële voorzieningen op de afdelingen en hun sfeer. Daarnaast koos hij als variabelen de grootte van het ziekenhuis en de jaarlijkse turnover (ontslagen, overleden en overgeplaatste patiënten) per bed. De verkregen gegevens bracht hij in een rangcorrelatiematrix. Zijn resultaten komen in grote trekken overeen met die van Ullmann: kleine ziekenhuizen, veel staf en een actieve bemoeienis van de staf met de patiënten tonen een significant verband met snel ontslag. Er bleek geen direct verband te bestaan tussen de ontslagratio en het therapeutische 'milieu' in het ziekenhuis, getypeerd door de aanwezigheid van veel faciliteiten voor de patiënten, een prettige sfeer en veel bewegingsvrijheid. Linn concludeerde hieruit dat men kan spreken van twee doelstellingen die géén onderling verband tonen: aan de ene kant is dat het werken naar een snel ontslag van de patiënten en aan de andere kant het realiseren van een therapeutische gemeenschap.

King en Smith (1972) verrichtten onderzoek naar het verband tussen het behandelingsklimaat en de voorspelbaarheid van het effect van de behandeling. Zij ontwierpen een 'Treatment Milieu Scale' (TMS) uitgaande van een soortgelijke schaal als die van Jackson (1969), en zetten de resultaten van een onderzoek in 18 ziekenhuizen met deze TMS uit tegen een aantal door hen geformuleerde rendementscriteria. Deze criteria waren de instelling van de staf (staf morale), het algemene peil van de verzorging, de kwaliteit van de psychiatrische zorg, en een gemodificeerde turnover-ratio. De verkregen waarden werden gecorrigeerd voor het beddental, de

verpleegprijs en de staf/patiëntratio. De resultaten van hun analyse tonen een verband aan tussen sommige subschalen van de TMS en enkele effectiviteitscriteria. Zo blijkt er een significant verband te bestaan tussen de turnoverratio en de subschalen 'patient autonomy' en 'staff-patient socio-emotional interaction'. Dit betekent dat op afdelingen waar de patiënten een grotere zelfredzaamheid en zelfstandigheid bezitten en op afdelingen waar de sociale afstand tussen stafleden en patiënten kleiner is, relatief sneller tot ontslag wordt overgegaan.

Blackburn (1972), tenslotte, bezocht 12 psychiatrische ziekenhuizen om factoren op het spoor te komen die van invloed zijn op de turnoverratio. De samenstelling van zijn materiaal maakte een statistische analyse onmogelijk maar hij achtte het gerechtvaardigd enkele veronderstellingen te uiten. Naar zijn mening wordt een hogere turnover en een nuttiger gebruik van de psychiatrische bedden o.a. bevorderd door de volgende maatregelen:

1. Het per afdeling toewijzen van een aantal vaste begeleiders uit het personeel aan elke patiënt. Deze begeleiders onderhouden dagelijks liefst groepsgewijs contact met de patiënten en rapporteren aan de staf als geheel in hoeverre vorderingen worden gemaakt met het behandelingsplan.
2. Het instellen van gedragstherapeutische eenheden met een belonings-systeem, bijvoorbeeld het 'token economy'-systeem, voor duidelijk omschreven wenselijk gedrag.
3. Het vastleggen van een specifieke taakverdeling voor de verschillende disciplines:
  - a. psychiaters en artsen zijn verantwoordelijk voor de behandeling van acute symptomen en voor beslissingen omtrent vrijheden, overplaatsing en ontslag;
  - b. psychologen en verpleging zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van behandelingsplannen die leiden tot een beter functioneren van de patiënt en die hem voorbereiden op ontslag;
  - c. maatschappelijk werkers zijn verantwoordelijk voor het voorbereiden van een geschikte plaatsing van de patiënt na zijn ontslag en voor het arrangeren van de nazorg.
4. Het systematisch betrekken van de bestaande instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de begeleiding na ontslag.
5. Aan de opnameafdeling dient een maatschappelijk werker te worden verbonden, die op de hoogte is van de voorzieningen in het psychiatrisch 'netwerk' en die alternatieven voor een langer durende opname kan aandragen.

Samenvattend kunnen we de volgende opmerkingen maken:

1. Bij het beoordelen van het effect van de behandeling in psychiatrische ziekenhuizen moet een onderscheid worden gemaakt tussen

- patiënten die slechts korte tijd in het ziekenhuis verblijven en patiënten die voor lange tijd c.q. blijvend worden opgenomen.
2. Voor de groep van de kortverblijvende patiënten kan de duur van hun opneming worden gebruikt als rendementscriterium; de ontslagratio, de turnover en de gemiddelde opnameduur zijn hierbij goed te hanteren criteria. Met ontijdig ontslag dat tot uiting komt in een snelle heropneming, moet echter rekening worden gehouden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren door invoering van het begrip *succesvol ontslag*; gedefinieerd als een ontslag gevolgd door een periode van 3 maanden waarbinnen de betrokken patiënt niet opnieuw wordt opgenomen (dit is in overeenstemming met de FSR van Ullmann).
  3. Voor de groep langdurig opgenomen patiënten, bijvoorbeeld zij die langer dan 2 jaar zijn opgenomen, kan het niveau van functioneren binnen de instelling als rendementscriterium gelden. Dit begrip, niveau van functioneren, dient dan wel geoperationaliseerd te worden. Bij het zoeken naar factoren, die van invloed zijn op de mate van effectiviteit van de klinisch-psychiatrische behandeling dienen niet alleen patiëntgegevens, zoals de diagnose, de leeftijd en het geslacht, maar zeker ook afdelingskenmerken, zoals de stafbezetting, de materiële voorzieningen en het afdelingsklimaat, in ogenschouw te worden genomen.

## 2. *De functie van het psychiatrische bed*

### 2.1. INLEIDING

De evolutie, die de klinische psychiatrie in Nederland sedert het midden van de vorige eeuw heeft doorgemaakt, manifesteerde zich niet alleen in de plaats van de psychiatrische inrichting in het maatschappelijk bestel, maar had ook belangrijke gevolgen voor de bejegening van de patiënten. In zijn proefschrift 'Van asyl tot revalidatiecentrum' beschreef Bambang Oetomo (1970) deze ontwikkeling. Hij maakte onderscheid in het vóór-medische tijdvak (1800-1850), het tijdperk van de geneeskundige gestichten (1850-1950) en het tijdvak van de psychofarmaca (vanaf 1950). In de periode van 1800 tot 1850 deed het begrip ziekte en daarmee de dokter zijn intrede in de gestichten; deze waren toen nog voornamelijk ingesteld op de bewaring, bewaking, onderwerping en bedwinging van de psychisch gestoorden. Hiertoe werd door de oppassers veelvuldig gebruik gemaakt van dwangmiddelen als boeien, dwangbuizen en stortbaden. Omstreeks 1850 begon de arts Evers in Santpoort te experimenteren met het 'no restraint'-systeem van de Engelse psychiater Conolly, waarbij de dwangverpleging werd vervangen door een systeem van 'moral treatment', gericht op de zelfwerkzaamheid en heropvoeding van de patiënten. Overigens vorderde de intocht van de artsen in de gestichten slechts langzaam. Aan het eind van de negentiende eeuw beschikten nog lang niet alle gestichten over een geneesheer in vaste dienst. In die periode kreeg het bed een belangrijke functie bij de behandeling. De opkomst van de neuropsychiatrie had tot gevolg dat hersenziekten verantwoordelijk werden geacht voor veel psychische stoornissen. Dit veroorzaakte een toename van somatisch georiënteerde behandelingsmethoden, waarvan de bedverpleging er één was. Later raakte ook het gebruik van krachtige kalmeringsmiddelen in zwang, soms in het kader van slaap- of sluimerkuren. Leucotomieën, electroshock- en insuline-comakuren benadrukten de organische benadering in de periode 1925-1950. Daarnaast waren echter ook de actievare therapieën in opmars ter bestrijding van de inactiviteit van de patiënten en van hun sociale isolement, welke door de gedwongen bedrust waren veroorzaakt en in stand werden gehouden. De arbeidstherapie, ontworpen om de patiënten in beweging te krijgen en bezig te houden, ontwikkelde zich van een zinloze werkverschaffing tot een aanpak die nuttige en produktieve werkzaamheid ging stimuleren. Voor het



eerst in de geschiedenis van de inrichtingspsychiatrie begon men resultaten te boeken, in die zin dat het functioneren van vele patiënten merkbaar verbeterde en hun terugkeer naar de maatschappij mogelijk werd (Van der Scheer 1933).

Deze ontwikkeling heeft zich na de komst van de psychofarmaca in de vijftiger jaren versterkt voortgezet. Zowel de individuele farmacologische therapie als de actieve, vooral groepsgerichte therapeutische mogelijkheden (arbeids-, creatieve, bewegings-, muziek- en bezigheidstherapie) hebben de aanblik van de psychiatrische inrichting ingrijpend veranderd. De inbreng van de kant van de gedragswetenschappen gaf extra impulsen: gedragstherapeutische technieken, groepspsychotherapie en de opzet van therapeutische gemeenschappen in navolging van Maxwell Jones houden deze ontwikkeling nog steeds gaande (M. Jones 1952, 1968, 1973; Bierenbroodspot 1969, 1975; Jongerius 1963).

De inrichtingscarrière van de psychiatrische patiënten verliep 50 jaar geleden betrekkelijk uniform wat betreft de behandeling en de verblijfsduur (veelal levenslang), zodat men in die tijd kon spreken over 'de' functie van het psychiatrische bed, waarop de patiënt een groot deel van zijn tijd doorbracht. Tegenwoordig kent men verschillende behandelingsplannen voor afzonderlijke categorieën patiënten, bijvoorbeeld voor alcoholisten, ernstig gedragsgestoorden, adolescenten en mensen met een schizofrene resttoestand. We doen er dan ook beter aan ons te richten op die verschillende categorieën patiënten wanneer we erachter willen komen voor welk doel en op welke wijze de bedden worden gebruikt en ons af te vragen: hoe varieert de functie van het psychiatrische bed dat intussen meer een behandelingsplaats is geworden, een toegangspoort tot allerlei therapeutische faciliteiten, en ook een economische rekeneenheid voor de directies van de ziekenhuizen.

## 2.2. HET ONDERSCHIED VAN DE BEDDEN IN FUNCTIONELE CATEGORIEËN

Wanneer wij een willekeurig, middelgroot psychiatrisch ziekenhuis met zo'n 500 à 800 bedden bezoeken, zullen wij daar meestal een aantal afdelingen aantreffen met één of meer van de volgende taken:

- a. observatie en primaire behandeling van patiënten met acute psychiatrische ziektebeelden;
- b. voortgezette (groeps)psychotherapeutische aanpak van niet-psychotische patiënten;
- c. langdurige, eventuele permanente verpleging en verzorging van chronische, defecte patiënten;
- d. behandeling, verpleging en verzorging van psychisch gestoorde bejaarden;
- e. behandeling van patiënten met verslavingsziekten;

- f. behandeling, verpleging en verzorging van zwakzinnige patiënten;
- g. behandeling van adolescenten in een soort therapeutische gemeenschap.

Zonder hiermee volledig te zijn, illustreert deze opsomming wellicht de diversiteit van de huidige klinisch-psychiatrische mogelijkheden. Het is niet moeilijk om te bedenken dat elk van de bovengenoemde functies speciale voorzieningen zal vergen, zowel in het personele als materiële vlak. Demente bejaarden hebben deels andere behoeften dan jonge alcoholisten en patiënten met acute stoornissen vragen een andere benadering dan degenen, die al twintig jaar in de instelling verblijven. Het opsporen en kwantificeren van dit onderscheid in de voorzieningen voor uiteenlopende categorieën patiënten op verschillende ziekenhuisafdelingen vormde een der doelstellingen van ons onderzoek.

Van de zijde van de rijksoverheid is de wenselijkheid van een dergelijk onderscheid op verscheidene manieren naar voren gebracht, onder meer in de nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg, die in november 1970 door de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Tweede Kamer werd aangeboden. In deze nota-Kruisinga werd ervan uitgegaan dat er in de psychiatrische inrichtingen een aantal functies is te onderscheiden, waarvan weer een drietal hoofdfuncties werden genoemd, te weten:

1. de observatie en primaire behandeling;
2. de revalidatie en resocialisatie;
3. de langdurige verpleging en verzorging.

Deze drie hoofdfuncties onderscheiden zich van elkaar door een verschil in de benadering van de patiënt en daarmee samenhangend een andere stafbezetting, een ander gebruik van de therapeutische mogelijkheden en vaak ook een verschil in materiële voorzieningen. Behalve de bovengenoemde hoofdfuncties zou er vaak nog sprake zijn van één of meer nevenfuncties, zoals die van een polikliniek, een dagziekenhuis of een sluisinternaat. Deze indeling werd ook genoemd in de beleidsnota (1971) van de Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuis Raad, als uitgangspunt voor verder onderzoek. Samen met de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.) heeft de Sectie Psychiatrische Instituten een overlegorgaan in het leven geroepen waarin sinds mei 1973 besprekingen gaande zijn om tot een meer objectieve beoordeling van het functioneren van de psychiatrische instellingen te komen. Het scheppen van hanteerbare parameters om die beoordeling een statistische waarde te verschaffen behoort tot een van de taken. Ook elders in ons land is aan dit onderwerp aandacht besteed. Het Provinciaal Ziekenhuis in Santpoort, in aantal bedden (ruim 1100) een der grootste psychiatrische ziekenhuizen in Nederland, begon in 1972 met een uitgebreid onderzoek naar het functioneren van de eigen instelling. Men ontwierp een functioneel organisatiemodel met vier hoofdafdelingen:

1. De opnameafdelingen en de afdelingen voor intensieve, kortdurende behandeling (verblijfsduur tot circa 3 maanden).
2. De afdelingen voor intensieve psychotherapie voor volwassenen en adolescenten (verblijfsduur tot circa 2 jaar).
3. De afdelingen waar de behandeling een overwegend revaliderend en resocialiserend karakter draagt, gericht op terugkeer naar de maatschappij (verblijfsduur onbeperkt).
4. De afdelingen waar de behandeling een overwegend verzorgend karakter draagt. Hier worden de zieken behandeld, verpleegd en verzorgd van wie verwacht wordt dat zij blijvende zorg zullen behoeven.

Buiten elk van de vier hoofdafdelingen werd voor iedere categorie patiënten, bijvoorbeeld voor bejaarden, volwassenen en adolescenten, een behandelingsplan opgesteld, uitgaande van een aantal uitgewerkte behandelmodellen. Voor ieder behandelingsplan berekende men de actuele en de ideale hoeveelheid personele en materiële voorzieningen als onderdeel van een reorganisatieprogramma. Zo berekende men bijvoorbeeld voor een gemengde opnameafdeling met 30 bedden een gewenst personeelsbestand van 2 psychiaters, 2 psychotherapeuten, 1 huisarts, 1 psycholoog, 1 sociaal raadsman, 1 bezigheidstherapeut, 10 gediplomeerde verpleegkundigen, 24 leerlingverpleegkundigen, 1 psychologisch assistent en 1 secretaresse (Provinciaal Ziekenhuis Santpoort 1974). Ook het Psychiatrisch Centrum St. Bavo in Noordwijkerhout heeft de situatie binnen de eigen instelling aan een uitvoerige analyse onderworpen. Het tweede rapport van de zogenaamde Visiecommissie, getiteld 'De Chronische Patiënt' (Noordwijkerhout 1973) gaf een inventarisatie van het leven op de afdelingen, vooral gericht op de patiënten, die reeds langer dan 6 maanden waren opgenomen. Zij kozen voor een indeling van de chronische patiënten in drie sectoren, uitgaande van de categorieën:

1. geestelijk gestoorde bejaarden (psychogeriatric);
2. mensen met duurzame gedragsstoornissen, die niet lichamelijk kunnen worden verklaard (chronische psychosen);
3. mensen met een lichamelijk geconditioneerde geestelijke achterstand (zwakzinnigen).

De staf ontwikkelde behandelingsplannen voor elk van deze drie sectoren. Daarnaast besteedde men aandacht aan de financiële consequenties van de voorgestelde verbeteringen van de materiële voorzieningen en de uitbreiding van de hoeveelheid personeel.

Wanneer wij aan de hand van deze rapporten de functie van het psychiatrisch bed nader proberen te omschrijven, blijkt dat op drie manieren een indeling kan worden gemaakt:

1. naar de verpleegduur van de gebruiker van het bed;
2. naar de diagnose van de gebruiker van het bed;
3. naar de behandeling die de gebruiker van het bed ontvangt of het behandelplan dat voor hem is opgesteld.

Zo op het oog lijkt er een duidelijk verband tussen deze drie criteria te bestaan. Bij een aantal belangrijke psychiatrische stoornissen, zoals dementie, schizofrenie en zwakzinnigheid lopen de verpleegduur en de wijze van behandeling voor de afzonderlijke diagnosegroepen waarschijnlijk weinig uiteen. Aangezien wij bij de opzet van ons eigen onderzoek dat in het volgende hoofdstuk aan de orde komt, gebruik wilden maken van een indeling in functionele categorieën, moesten wij een keus maken uit de drie hierboven genoemde criteria. Het leek ons gerechtvaardigd om voor die indeling te kiezen, die op de meest eenvoudige en volledige manier op het onderzoeksmateriaal zou kunnen worden toegepast. Achteraf zouden wij dan altijd nog gebruik kunnen maken van de beide andere indelingen om na te gaan of de resultaten, welke aldus zouden worden verkregen, afweken van die van de gekozen methode.

Voor ons onderzoek, dat bedoeld was om het gebruik van de psychiatrische bedden niet alleen binnen één instelling na te gaan, maar ook om verschillen tussen de afzonderlijke instellingen op te sporen, gold de verpleegduur als het meest bruikbare criterium. De verpleegduur was immers een gegeven dat onafhankelijk van het oordeel van de ziekenhuisstaven kon worden bepaald, in tegenstelling tot de diagnose en de wijze van behandeling, waarbij altijd het inzicht en het beleid van de betreffende stafleden een rol speelden. Dit bezwaar zou verdwijnen als er binnen de psychiatrie een uniforme uitleg van de diagnostische en therapeutische begrippen zou bestaan. Zo verschillen bijvoorbeeld vele instellingen van mening over wat onder arbeidstherapie moet worden verstaan. Bovendien was de datum van zijn opnemings voor iedere patiënt altijd bekend, waardoor de verpleegduur op elk tijdstip exact kon worden berekend.

Naast de hiervoor aangehaalde rapporten heeft ook Jongmans, zelf geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis, in het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie een beschouwing gewijd aan het gebruik van de psychiatrische bedden. Hij stelde voor om alle psychiatrische patiënten in drie categorieën onder te verdelen, namelijk (Jongmans 1973):

1. patiënten met een psychiatrische ziekte;
2. patiënten met een psychiatrisch defect;
3. uitzonderlijke groepen.

Deze indeling paste hij ook toe op de bedden, die door deze categorieën patiënten werden gebruikt en kwam toen tot de volgende indeling in A-, B- en C-bedden.

*A-bedden* worden gebruikt voor observatie en behandeling. Er is een wisseling van patiënten; na korte of langere tijd wordt de patiënt ontslagen of overgeplaatst. Er is een directe activiteit van de psychiater. Men treft er vrijwel alle psychiatrische aandoeningen aan. Men kan te doen krijgen met spoedgevallen.

*B-bedden* worden gebruikt voor langdurige verpleging en verzorging. Deze bedden worden vaak jarenlang door dezelfde patiënten bezet. Er vindt weinig ontslag plaats. De taak van de arts c.q. de psychiater is zeer klein.

Men treft er alleen bepaalde diagnoses aan. Spoedgevallen zijn vrijwel onbekend.

*C-bedden* zijn bestemd voor speciale categorieën patiënten, die moeilijk in de voorafgaande indeling zijn onder te brengen, bijvoorbeeld psychisch gestoorde delinquenten, of mensen die een speciale behandeling ondergaan zoals in een neurosenkliniek (therapeutische gemeenschap) of een kliniek voor verslavingsziekten. Deze indeling, vooral de tweedeling in A- en B-bedden, leende zich goed voor een koppeling aan de verpleegduur van de patiënten.

In het reeds eerder genoemde overlegorgaan van de Hoofdinspectie, de Sectie Psychiatrische Instituten en het C.O.Z. werd de verdeling in A- en B-bedden geoperationaliseerd:

*A-bedden* zijn die bedden in psychiatrische instellingen die op de teldatum bezet zijn door patiënten die korter dan 2 jaar onafgebroken zijn opgenomen. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen een verblijfsduur tot 6 weken (A1-bedden), van 6 weken tot 6 maanden (A2-bedden) en van 6 maanden tot 2 jaar (A3-bedden). Bij A1 is de aanpak vooral gericht op observatie en selectie, bij A2 op kortdurende behandeling en bij A3 op voortgezette (groeps)psychotherapeutische behandeling.

*B-bedden* zijn die bedden in psychiatrische instellingen die op de teldatum bezet zijn door patiënten, die langer dan 2 jaar onafgebroken zijn opgenomen. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen zwakzinnige patiënten (B1-bedden), bejaarden (B2-bedden) en de overige patiënten (B3-bedden). Bij deze groep patiënten gaat het om blijvende behandeling, verzorging en optimalisering.

Bij de opzet van ons onderzoek zijn wij van deze operationalisering uitgegaan, overigens zonder de verdeling in subcategorieën. Deze laatste onderverdeling is alleen zinvol bij een onderzoek op veel grotere schaal, bijvoorbeeld op landelijk niveau.

### 3. *Het actuele gebruik van psychiatrische bedden*

In de voorgaande hoofdstukken werd aandacht besteed aan de verschillende motieven voor het verrichten van een vergelijkend onderzoek naar het gebruik van de intramurale voorzieningen voor psychiatrische patiënten. De motieven, die uiteenliepen al naar gelang de aard van de vragende instantie, bijvoorbeeld het Ministerie van Volksgezondheid, de psychiatrische ziekenhuizen zelf, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven of de Wereld Gezondheids Organisatie, convergeerden toch duidelijk in de vraag die voor allen van belang was en is: wat gebeurt er in de psychiatrische ziekenhuizen? Iets meer genuanceerd uitgedrukt: wat voor patiënten bevinden zich daar, wat voor personeel houdt zich met hen bezig, hoe gaan zij daarbij te werk en hoe groot is het effect van hun bemoeienis? De beantwoording van deze vragen kan slechts het begin vormen van een proces van evaluatie, waarbij de gehele geestelijke gezondheidszorg is betrokken. Dat de beantwoording voorlopig zeer onvolledig zal blijven, is onvermijdelijk, evenals het feit dat er telkens nieuwe vragen zullen opduiken. Maar wellicht kan met ons onderzoek een bescheiden bijdrage worden geleverd tot een objectivering van bepaalde aspecten van het psychiatrisch handelen.

#### 3.1. UITGANGSPUNTEN

Uitgaande van de wens een vergelijkend onderzoek te verrichten naar een deel van de activiteiten in de psychiatrische ziekenhuizen, stuitte wij in de eerste plaats op het probleem, hoe de complex gestructureerde instellingen te reduceren zijn tot voor onderzoek toegankelijke eenheden.

Hiertoe meenden wij gebruik te kunnen maken van de reeds gememoreerde ervaringen van Jones en Sidebotham en van Ullmann, alsmede van de typering van de bedden volgens Jongmans (zie 2.2).

Wij besloten *het bed* te kiezen als uitgangspunt voor ons onderzoek, waarbij wij de volgende stellingen formuleerden:

1. Het totale beddenbestand van psychiatrische ziekenhuizen kan worden onderverdeeld in A-bedden en B-bedden.  
*A-bedden* worden bezet door patiënten die op het moment van onderzoek korter dan twee jaar zijn opgenomen.

*B-bedden* worden bezet door patiënten die op het moment van onderzoek langer dan twee jaar onafgebroken waren opgenomen.

2. Een maat voor het doelmatig gebruik van het A-bed is de ratio van het succesvolle ontslag.
3. Een maat voor het doelmatig gebruik van het B-bed is het niveau van functioneren van degene, die het bed bezet.

Vanzelfsprekend is het nodig deze drie uitgangstellingen nader toe te lichten.

*Ad 1.* Bij de opmerkingen over opneming en ontslag (1.5) kwam naar voren dat de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen op het tijdstip van het onderzoek een negatief verband vertoont met de kans op ontslag voor de groep als geheel na die tijd. Van alle patiënten die momenteel worden opgenomen, blijft slechts ongeveer 6% langer dan twee jaar in het ziekenhuis, terwijl van alle mensen die al langer dan twee jaar zijn opgenomen jaarlijks niet meer dan 4 à 5% naar de maatschappij terugkeert (J. van Weerden-Dijkstra; niet gepubliceerd). In 4.6 gaan wij nader in op de kans op ontslag en heropneming aan de hand van de bestudering van een cohort opgenomen patiënten.

Het is echter niet zo, dat juist het moment van twee jaar opgenomen zijn een soort cesuur vormt en de keus van dit tijdstip voor het onderscheid tussen A- en B-bedden is dan ook betrekkelijk willekeurig. Er zullen in alle ziekenhuizen patiënten zijn die na een opnameduur van 2 jaar nog actieve therapie ontvangen en voorbereid worden op ontslag. Evenzo zal voor sommigen reeds lang vóór het verstrijken van een periode van 2 jaar de noodzaak van blijvende intramurale verzorging zijn vastgesteld. Men denke bijvoorbeeld aan dementiesyndromen en andere progressief verlopende organisch-cerebrale ziektebeelden. Uit praktische overwegingen verdient het kiezen van een vaste grenswaarde de voorkeur; gezien de statistische gegevens lijkt de grens van twee jaar een redelijke keuze.

*Ad 2.* De keus van de succesvol-ontslagratio (S.O.R.) als criterium voor het bepalen van het nuttig effect van de kortdurende opname, berust op de literatuurgegevens die in het eerste hoofdstuk (1.5) werden besproken. Samengevat komt de gedachtengang erop neer dat een patiënt zo snel mogelijk in zijn eigen milieu terug dient te keren en dat een patiënt niet opgenomene behoort te zijn als hij ook ambulant kan worden behandeld. De S.O.R. kan in principe voor elk A-bed afzonderlijk worden berekend, maar dit geschiedt bij voorkeur voor een gehele afdeling.

S.O.R. = 
$$\frac{\text{aantal ontslagen in 1 jaar} - \text{aantal heropnemingen binnen 3 mnd.}}{\text{gemiddeld aantal bezette bedden op de afdeling}}$$

Men kan zich afvragen of het niet de voorkeur verdient in de noemer van deze formule het totaal aantal bedden van de afdeling op te nemen in plaats van het gemiddeld aantal aanwezige patiënten (Jones, Sidebotham

1961) omdat in Nederland de stafbezetting per gehele afdeling plaatsvindt en een halfvolle afdeling niet, of althans niet op korte termijn, minder staf krijgt toegewezen.\* Indien het aantal heropnemingen niet exact bekend is, wat nogal eens zal voorkomen omdat idealiter ook (her-)opnames in andere ziekenhuizen moeten worden meegeteld, kan per instituut aan de hand van de globale heropnamecijfers een schatting worden gemaakt van de heropnamecijfers van dat bepaalde instituut. Deze schatting kan waarschijnlijk alleen enigszins nauwkeurig gebeuren door middel van een koppeling met de gegevens van de Centrale Patiëntenregistratie in Leidschendam. Laat men dit laatste na, dan bestaat de kans dat een 'draaideur'-effect over het hoofd wordt gezien (men spreekt van een draaideureffect wanneer dezelfde patiënt met een grote frequentie wordt opgenomen en ontslagen); juist dit draaideureffect wordt vaak door de psychiatrische ziekenhuizen zelf aangehaald om het nut van een hoge ontslag-ratio in twijfel te trekken. In hoeverre dit terecht is, komt later bij de bevindingen van het onderzoek ter sprake (4.6). Wij gaven de voorkeur aan de (succesvol) ontslagratio boven de andere effectiviteitscriteria welke in de literatuur werden genoemd, zoals de turnover en de gemiddelde opnameduur, omdat de ontslagratio naar onze mening met de momenteel beschikbare cijfers eenvoudig te berekenen is en omdat de gemiddelde opnameduur berekend over relatief kleine aantallen patiënten door toevallige omstandigheden sterk kan variëren.

*Ad 3.* Al verschillende malen is naar voren gekomen dat van de groep patiënten die langer dan 2 jaar zijn opgenomen, jaarlijks slechts een klein gedeelte wordt ontslagen. Voor de meerderheid van deze patiënten is het ontslag geen reële mogelijkheid meer. De doelstelling van de behandeling is voor deze patiënten op de B-bedden dus anders dan voor die op de A-bedden.

De keuze van het niveau van functioneren als doelmatigheidscriterium is ook hier weer subjectief. Aangezien er echter geen andere criteria beschikbaar zijn die een objectievere maatstaf zouden kunnen vormen, achten wij deze keus gerechtvaardigd. De patiënt op het B-bed is veelal blijvend aangewezen op de instelling als woon- en werkmilieu. Hoe minder zijn wijze van leven zich daar onderscheidt van dat van anderen in de maatschappij, des te menswaardiger is zijn bestaan. Voor het operationaliseren van het criterium 'niveau van functioneren' kunnen wij ook uitgaan van het schema op p. 27.

De interacties die de chronische patiënt tijdens zijn verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis ervaart, zijn deels tegengesteld gericht: sommige zullen hem onzelfstandiger, afhankelijker en meer geïnstitutionaliseerd maken, andere zullen hem tot zelfstandigheid en activiteit stimuleren. Veel zal

\* Bij ons eigen onderzoek moesten wij noodgedwongen uitgaan van het totaal aantal bedden (p. 49); dit leverde geen problemen op.



afhangen van de mate waarin hij kan (blijven) beschikken over een aantal eigenschappen die wij sociale vaardigheden kunnen noemen. Deze *sociale vaardigheden* kunnen in drie groepen worden onderverdeeld:

1. De zelfredzaamheid. Dit is het onafhankelijk zijn van anderen, vooral wat betreft de meest essentiële dagelijkse verzorging; bijvoorbeeld wassen, aankleden, eten, naar de w.c. gaan.
2. De diversiteit van de dagelijkse activiteiten. Het bezoeken van therapieën, gaan wandelen of fietsen en het beoefenen van hobby's zonder dat een ander (i.c. de staf) daartoe telkens het initiatief hoeft te nemen.
3. Het leggen en onderhouden van contacten met stafleden, medepatiënten en de buitenwereld, zoals bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in de conversatie op de afdeling, het schrijven van brieven en het ontvangen van bezoek.

Voor het meten van deze sociale vaardigheden werden schalen ontworpen die later in dit hoofdstuk zullen worden besproken. Terugkerend naar de derde stelling betekent dit dat de doelmatigheid van de behandeling en begeleiding van de patiënten op de B-bedden groter zal zijn naarmate de ziekenhuisstaf in staat is de sociale vaardigheden van de patiënten in stand te houden, te doen toenemen of te herstellen.

Daarnaast gaat ook het welzijn of het subjectief welbevinden van de patiënt in zijn tot permanent verblijf geworden leefmilieu meetellen als doelstelling van de behandeling; het operationaliseren van het begrip welzijn is echter tot dusverre geen sinecure gebleken. Wij hebben dit aspect dan ook slechts indirect in ons onderzoek betrokken, namelijk door een oordeel van buitenaf te vormen over het leefklimaat op de afdelingen (zie ook p. 53 e.v.). De meest wenselijke opzet van een onderzoek zou een longitudinale studie zijn, waarin over meerdere jaren de sociale vaardigheden en de mate van welbevinden van lang opgenomen patiënten kunnen worden bepaald.

De drie genoemde stellingen vormden de uitgangspunten voor ons onderzoek, waarvan de verdere opzet nu wordt beschreven. Eén opmerking is hierbij nog van belang: aangezien de grens van 2 jaar opgenomen zijn, als onderscheid tussen A- en B-bedden, vrij willekeurig is, zal het onderzoek allereerst gericht moeten zijn op het aantonen van wezenlijke verschillen tussen de patiënten op de A-bedden en de B-bedden. Pas wanneer is bevestigd dat wij te maken hebben met afdelingen, waar categorieën patiënten verblijven die in meer dan één opzicht van elkaar zijn te onderscheiden, is de voortzetting van het onderzoek zinvol.

## 3.2. VRAAGSTELLING

Op grond van de hiervoor geformuleerde uitgangstellingen en na aange-  
toond te hebben dat de patiënten op de A-bedden wezenlijk verschillen

van hen, die de B-bedden bezetten, kunnen de volgende vragen worden gesteld:

1. Zijn er verschillen tussen de A-afdelingen en de B-afdelingen wat betreft de ter beschikking staande personele en materiële voorzieningen; en zo ja, waaruit bestaan die verschillen?
2. Zijn dergelijke verschillen (ook) aantoonbaar tussen de A-afdelingen van de verschillende ziekenhuizen en tussen de B-afdelingen van de verschillende ziekenhuizen?
3. Wat zijn de verschillen tussen de A-afdelingen wat betreft de effectiviteit van de behandeling en bestaat er een verband tussen de effectiviteit en sommige afdelingsvoorzieningen? Idem voor de B-afdelingen.
4. Zijn er conclusies te trekken uit de gevonden verschillen met betrekking tot de financiering van de intramurale zorg, bijvoorbeeld met het oog op de verpleegprijs?

### 3.3. OPZET VAN HET ONDERZOEK

Het spreekt welhaast vanzelf dat een vergelijkend onderzoek naar het gebruik van de bedden in verschillende ziekenhuizen alleen kans van slagen heeft als de betrokken ziekenhuizen het nut van een dergelijk onderzoek inzien en hun volledige medewerking verlenen. Daar het er tevens naar uitzag dat ons onderzoek een geregeld contact met directie en stafleden als ook een frequent bezoek aan de ziekenhuizen zou vereisen, besloten wij, uitgaande van de afdeling Sociale Psychiatrie in Groningen, het werktein te beperken tot de drie noordelijke provincies. In dit gebied bevinden zich vijf middelgrote psychiatrische ziekenhuizen, drie in de provincie Drenthe en één in respectievelijk Groningen en Friesland. De Friese instelling, gevestigd in Franeker, viel echter af, aangezien men daar na een recente brand in een stadium van reorganisatie verkeerde. De overige ziekenhuizen die voor het onderzoek werden benaderd, waren: Groot Bronswijk in Wagenborgen, Dennenoord in Zuidlaren, Licht en Kracht/Port Natal in Assen en Beileroord in Beilen. Deze vier instellingen beschikken tezamen over 2680 bedden, hetgeen ongeveer 10% is van alle bedden in psychiatrische ziekenhuizen in Nederland. In vergelijking tot geheel Nederland met 2,1 bedden per 1000 inwoners hebben Groningen en Drenthe tezamen 3,4 bedden per 1000 inwoners (per 1.1.'73; bron: C.B.S. 1974). Teneinde de medewerking van deze vier ziekenhuizen te verkrijgen, werden de doelstellingen en een schets van het onderzoek voorgelegd aan het overlegorgaan van de psychiatrische instellingen in Groningen en Drenthe. Op dat tijdstip, augustus 1973, voorzagen wij een onderzoek in drie fasen, te weten:

- a. een enquête aan de ziekenhuizen om te komen tot inventarisatie van de ziekenhuisafdelingen, inclusief patiëntentellingen;

- b. een inventarisatie van de ziekenhuisvoorzieningen om een onderscheid te maken tussen de inmiddels geïdentificeerde A- en B-afdelingen;
- c. een gericht onderzoek naar het functioneren van de chronische patiënten.

In het overleg met de ziekenhuisdirecties, die overigens zonder aarzeling hun medewerking toezegden, werd duidelijk dat de onder a. genoemde enquête noodzakelijk was om per instelling de A- en B-bedden te identificeren.

Slechts één van de ziekenhuizen beschikte over een echte observatieafdeling waar vrijwel alle nieuwe patiënten werden opgenomen. De overige ziekenhuizen verdeelden de nieuwe patiënten over een aantal afdelingen, waar meestal ook langer blijvende patiënten waren opgenomen. Dit betekende dat de A-bedden, zoals in onze uitgangsstelling omschreven, in de meeste ziekenhuizen min of meer verspreid door de instelling stonden opgesteld, waardoor het aanmerkelijk moeilijker werd elk bed afzonderlijk als eenheid van onderzoek te gebruiken, zeker wanneer wij zouden willen aangeven wat voor personeel zich met dat bepaalde bed bezighield. Daarom werd besloten niet de afzonderlijke bedden, maar de afdelingen of paviljoens aan te wijzen als eenheid voor ons onderzoek, waarbij getracht zou worden een afdeling te typeren naar zijn totale functie, uitgaande van de genoemde criteria voor A- en B-bedden. Een A-afdeling werd omschreven als een afdeling, waar overwegend A-bedden stonden, terwijl op een B-afdeling voornamelijk B-bedden werden gevonden. De criteria waarmee deze identificatie plaatsvond, kwamen hierna ter sprake. Op basis van deze informatie van de kant van de ziekenhuizen kon in september '73 het eigenlijke onderzoek beginnen. Inmiddels waren de oorspronkelijke drie fasen uitgewerkt tot het volgende schema van onderzoek:

1. De inventarisatie van de ziekenhuisbevolking naar verblijfsduur en het berekenen van de ontslagratio per afdeling.
2. De identificatie van A- en B-afdelingen op grond van de onder 1. verkregen gegevens.
3. De selectie van één A- en één B-afdeling per ziekenhuis voor verder onderzoek. In totaal dus vier A- en vier B-afdelingen.
4. Het natrekken van eventuele verschillen in leeftijd, diagnose en burgerlijke staat tussen de patiënten op de geselecteerde A- en de B-afdelingen om na te gaan of het inderdaad verschillende categorieën patiënten betrof.
5. Het bepalen van de verblijfsduur van de patiënten op de acht afdelingen één jaar later, teneinde te controleren of het karakter van de afdeling in de tussentijd ongewijzigd was gebleven.
6. De inventarisatie van de personele en materiële voorzieningen op de acht afdelingen en de uitwerking van eventuele verschillen tussen
  - a. de A-afdelingen onderling;

- b. de B-afdelingen onderling;
  - c. de A-afdelingen t.o.v. de B-afdelingen.
7. Het operationaliseren van de criteria voor het bepalen van de effectiviteit van het gebruik van de chronische bedden door middel van:
- a. de ontwikkeling van de basale sociale vaardigheid-schalen (BSV);
  - b. de opzet en de uitvoering van gerichte observaties in de dagverblijven van de B-afdelingen;
  - c. het gebruik van communicatieschalen als hulpmiddel voor het beschrijven van het afdelingsklimaat.

### 3.3.1. *De inventarisatie van de ziekenhuisbevolking*

Het doel van deze eerste stap was het in kaart brengen van alle afdelingen in de vier psychiatrische ziekenhuizen naar het aantal bedden, de ontslagratio en de verblijfsduur van de patiënten. Hiervoor werd een eenvoudig enquêteformulier opgesteld, dat voor elke afdeling afzonderlijk moest worden ingevuld. Deze enquête, die gericht werd aan de directies bevatte o.a. de volgende vragen:

- a. wat is de naam van de afdeling?
- b. hoeveel bedden telt de afdeling?
- c. hoeveel patiënten zijn op de teldatum aanwezig (ingeschreven, inclusief patiënten met verlof)?
- d. wat is de verblijfsduur van deze patiënten (op de teldatum) onderverdeeld in drie categorieën: 0-60 dagen, 61-365 dagen en langer dan 1 jaar in het ziekenhuis\*?
- e. wat is het aantal ontslagen, overgeplaatste en overleden patiënten in de periode 1.1.'73 – 1.9.'73?
- f. hoe groot is de stafbezetting op de afdeling aan: psychiaters, overige artsen, psychologen, gediplomeerde verplegenden, leerling-verpleegkundigen en overig therapeutisch personeel (op de teldatum)?
- g. heeft de afdeling een speciaal karakter (bijvoorbeeld alleen mannen of vrouwen, gesloten of open, vooral zwakzinnigen of psychogeriatricie)?

In een toelichting bij de enquête werd verzocht het personeelsbestand uit te drukken in dagtaakequivalenten, bijvoorbeeld indien een arts één halve dag per week voor de afdeling beschikbaar is, dan moet hij voor 0,1 dagtaakequivalent worden opgevoerd. In een bijlage werd de beddenindeling in A- en B-bedden volgens Jongmans toegelicht. De instellingen bleken in

\* Hier komt helaas een inconsistentie in het onderzoek naar voren. Bij de enquête aan de ziekenhuizen werd niet gevraagd naar de patiënten, die langer dan 2 jaar waren opgenomen, terwijl 2 jaar verder werd gebruikt als de grens tussen A- en B-bedden. Hoewel in paragraaf 4.2. zal blijken dat deze inconsistentie de voortgang van het onderzoek niet bemoeilijkte, betreuren wij dat aanvullende informatie achteraf niet meer kon worden verkregen.

staat het merendeel van de gevraagde informatie te verstrekken. De gedetailleerde resultaten van de enquête worden in het volgende hoofdstuk besproken. De hoofdzak voor de voortgang van het onderzoek was, dat op grond van de verkregen gegevens een classificatie kon worden gemaakt van alle afdelingen in de vier meewerkende instellingen.

### 3.3.2. *De classificatie van de afdelingen*

Op basis van de verstrekte gegevens werd, voorzover mogelijk, voor elke afdeling een aantal waarden berekend. De twee belangrijkste getallen waren de ontslagratio en het kort-verblijfspercentage. De ontslagratio werd berekend uit de ontslagcijfers van de afdeling aangepast op jaarbasis.\* Deze berekening wijkt dus nogal af van de succesvol-ontslagratio, het effectiviteitscriterium voor het gebruik van het A-bed, waarover wij het in het begin van dit hoofdstuk hadden. Voor de schifting van de afdelingen bleek hij echter te voldoen, terwijl met de toen beschikbare gegevens de S.O.R. onmogelijk viel te berekenen. Het kort-verblijfspercentage geeft aan, welk deel van het patiëntenbestand korter dan één jaar is opgenomen. Tezamen geven deze beide maten een indruk over de patiëntenstroom naar en van de afdeling.

De 48 afdelingen, in grootte variërend van 14 tot meer dan 100 bedden (de gezinsverpleging niet meegerekend), werden vervolgens gerangschikt naar de berekende ontslagratio (zie tabel 4.2.1). Als A-afdelingen werden die afdelingen getypeerd, die een ontslagratio van minstens 1,0 hadden en/of een percentage korter dan één jaar verblijvenden van minstens 50. Aan de hand van deze typering bleek elk der vier psychiatrische instellingen te beschikken over één of meer A-afdelingen en meestal groter aantal B-afdelingen (zie tabel 4.2.2). Enkele afdelingen pasten echter minder goed binnen deze categorieën, hetzij omdat zij een specifieke functie hadden binnen de instelling (bijvoorbeeld een afdeling voor interne geneeskunde) of omdat de afdeling zeer heterogeen was samengesteld. Dit laatste bleek niet vaak voor te komen. Een vrij homogene samenstelling van de patiëntenbevolking per afdeling vormde een voorwaarde voor het welslagen van ons onderzoek naar het functioneren van het chronische bed.

### 3.3.3. *De selectie van acht afdelingen en de inventarisatie van patiënten en voorzieningen*

Aan de hand van de classificatie werden uit elk van de vier instellingen twee afdelingen voor nader onderzoek geselecteerd: één afdeling met een

\* Formule:  
$$\text{ontslagratio per afdeling} = \frac{\text{totaal aantal in de onderzochte periode ontslagen patiënten}}{\text{totaal aantal bedden}} \times \frac{12}{n}$$
  
(n = aantal maanden waarover de ontslagcijfers gegeven waren)

onmiskkenbaar A-karakter, en één dito B-afdeling. In totaal dus acht afdelingen, 4 A- en 4 B-afdelingen. Deze acht geselecteerde afdelingen werden vervolgens aan een nader inventariserend onderzoek onderworpen, waarbij alle afdelingen werden bezocht. Dit onderzoek ter plaatse nam voor elk van de afdelingen ongeveer een halve dag in beslag. Hierbij werden zoveel mogelijk exacte gegevens verzameld en ingedeeld volgens een viertal rubrieken:

- A. *Patiëntenbestand* (een peiling op of omstreeks de datum van het onderzoek); per patiënt werden o.a. de volgende gegevens geregistreerd:
  - 1. de geboortedatum
  - 2. het geslacht
  - 3. de burgerlijke staat
  - 4. de juridische opnamestatus (vrijwillig, met inbewaringstelling of met rechterlijke machtiging)
  - 5. de opnamedatum
  - 6. het aantal vroegere opnemingen (voorzover bekend)
  - 7. de diagnose
- B. *Het personeelsbestand* (gegevens op de datum van onderzoek); per personeelslid werd vastgelegd:
  - 1. full-time of part-time dienstverband (uitgedrukt in dagtaakequivalenten ten behoeve van de betreffende afdeling)
  - 2. de functie en/of de rang
  - 3. de leeftijd
  - 4. de lengte van het dienstverband met de instelling c.q. de afdeling
  - 5. het opleidingsniveau (waar dit uit de vorige vragen niet duidelijk was geworden)
- C. *De materiële voorzieningen*; hierbij werd o.a. gelet op:
  - 1. het bouwjaar, de staat van onderhoud en de aankleding
  - 2. de grootte en de indeling van de slaapkamers
  - 3. het aantal dagverblijven
  - 4. de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de sanitaire voorzieningen
  - 5. de aan- of afwezigheid van afsluitbare kasten voor de patiënten
- D. *Overige kenmerken*; in het algemeen minder stoffelijk van aard en daardoor minder goed te kwantificeren, zoals:
  - 1. het open of gesloten karakter van de afdeling
  - 2. de beschikbaarheid van therapie ruimten
  - 3. de frequentie en de duur van de stafbesprekingen
  - 4. de beschikbaarheid en bereikbaarheid van stafleden 's nachts
  - 5. de mate van privacy voor de patiënten

De aldus verzamelde gegevens werden in een beschrijvende vorm tot korte verslagen verwerkt, welke aan de verschillende afdelingen ter discussie werden voorgelegd. Gepoogd werd de afdeling te bezien vanuit de optiek van iemand, die er zou moeten verblijven. Tevens werden de kwantifi-

ceerbare gegevens gecodeerd en op ponskaarten overgebracht voor latere verwerking.

### *3.3.4. Het natrekken van de verschillen tussen de patiënten op de A- en op de B-afdelingen*

Deze stap bestond uit het naast elkaar zetten en vergelijken van een aantal persoonlijke kenmerken van de patiënten op de A- en B-bedden. Zoals gezegd was dat volgens ons noodzakelijk om ons intuïtieve onderscheid tussen beide categorieën patiënten met feiten te ondersteunen. Bestond er een zekere homogeniteit binnen de groep A-afdelingen en binnen de B-afdelingen, dan was onze indeling gerechtvaardigd.

Vergeleken werden de leeftijdsopbouw, de burgerlijke staat en de verdeling in diagnosegroepen van de verschillende patiëntenbestanden. Ook werd de samenstelling van de afdelingen één jaar later erbij betrokken om te controleren of de A-afdelingen hun A-karakter behielden en de B-afdelingen evenzo. Hierbij is immers het probleem dat de wijze van behandeling kan veranderen, bijvoorbeeld in de richting van meer heterogeniteit op de afdelingen, waardoor de waarde van het onderscheid tussen A- en B-afdelingen afneemt.

Enkele van deze gegevens zijn te vinden in de tabellen 4.3.1, 4.5.1 en 4.5.2. die in het volgende hoofdstuk worden besproken. Wel kan hier reeds worden opgemerkt dat er inderdaad duidelijke, zich handhavende verschillen konden worden aangetoond tussen A- en B-patiënten.

### *3.3.5. De voortzetting van het onderzoek op de B-afdelingen*

Op dit punt van het onderzoek aangeland, diende zich de noodzaak aan van een meer specifieke benadering van de bewoners van de B-afdelingen. Inmiddels beschikken wij over informatie betreffende de kenmerken van de patiënten, de professionele en kwantitatieve kenmerken van het personeel en een typering van de materiële voorzieningen van de afdelingen. De wens bestond om ook te beschikken over een maat voor het functioneren van de patiënten, zowel zelfstandig als in relatie tot elkaar. Voor de patiënten op de A-afdelingen gold dit niet: voor hen was immers het ontslag de primaire doelstelling en een maat voor het effectief gebruik van het A-bed wordt gevormd door de snelheid waarmee dit ontslag succesvol kan worden verwezenlijkt. Daaraan dragen het functioneren op de afdeling en het gedrag van de patiënt slechts tot op zekere hoogte bij. (In de praktijk lijkt moeilijk en onaangepast gedrag bij de categorie kortverblijvende patiënten de opnameduur als regel alleen nog verder te bekorten en een heropname te bemoeilijken.) Een onderzoek naar de relatie tussen het gedrag en de korte opnameduur zou belangwekkend zijn. Maar om ons te bepalen tot de criteria voor de A-afdelingen: met de gegevens zoals die in de eerste fasen van het onderzoek werden verkregen, alsmede

de gegevens betreffende heropnemingen (hoeveel heropnemingen binnen drie maanden na ontslag) zijn o.i. alle minimaal noodzakelijke variabelen gegeven om de effectiviteit van de behandeling op één bepaalde A-afdeling volgens onze maatstaven te kwantificeren. Een poging daartoe wordt met behulp van de beschikbare gegevens in het volgende hoofdstuk ondernomen. Bij de B-afdelingen werd echter uitgegaan van het niveau van functioneren, uit te drukken in een score op een nog nader te operationaliseren sociale-vaardighedenschaal. Het ontwerpen van een dergelijke schaal was de volgende taak waarvoor wij ons gesteld zagen.

### *3.3.5.1. De basale sociale vaardigheden schaal (BSV)*

In het voorjaar van 1974 werd een werkgroep geformeerd, bestaande uit een achttal doctoraalstudenten sociologie, psychologie en geneeskunde, met als taak het ontwikkelen van een vragenlijst met behulp waarvan de sociale vaardigheden van chronische patiënten zouden kunnen worden gemeten. Het was vooral onze bedoeling om te trachten een instrument te ontwikkelen, dat niet alleen voor ons eigen onderzoek te gebruiken zou zijn, maar dat ook later wellicht op grotere schaal zou kunnen worden toegepast. We beseften daarbij dat het experimentele karakter van onze opzet de waarde van de uitkomsten zou relativeren. Als uitgangspunten dienden de drie reeds eerder genoemde dimensies: zelfredzaamheid, dagelijkse activiteiten en contacten. Bij de constructie werd ook gebruik gemaakt van elders ontwikkelde schalen, waarvan de items getoetst werden aan onze doelstellingen (o.a. Houts en Moos 1968, 1969; Venables 1957; Noordwijkerhoutse Schaal; Warnsveldse Aanpassings Schaal\*).

Onder het hoofd 'zelfredzaamheid' werd geïnformeerd naar een aantal dagelijkse verrichtingen, zoals eten, wassen, naar de w.c. gaan, aankleden en verzorging van het uiterlijk; hierbij werd gevraagd of de patiënt deze verrichtingen geheel zelfstandig voltooide of dat de staf moest helpen of aandrang uitoefenen. De schaal voor 'dagelijkse activiteiten' bevatte vragen over therapiebezoek, werkzaamheden in of buiten de instelling en vrije-tijdsbesteding. De contactenschaal was gericht op de omgang met medepatiënten, stafleden en personen buiten de instelling en bevatte vragen als:

- a. Zoekt de patiënt contact met medepatiënten?
- b. Vormt zijn gedrag een belemmering voor contact?
- c. Heeft hij mondeling contact met verplegenden en de afdelingsarts?
- d. Gaat hij met verlof?
- e. Krijgt hij bezoek?

Op elke vraag waren in principe drie antwoorden mogelijk: ja, nee en soms of ten dele. De vragenlijst werd in concept voorgelegd aan verschil-

\* De in ons land ook wel gebruikte P.U.K.-schalen leken voor ons onderzoek minder geschikt.



lende stafleden van de meewerkende instellingen en vervolgens getest op een afdeling, die niet in het verdere onderzoek was betrokken. Nadat oneffenheden in sommige van de formuleringen waren gecorrigeerd, werd de definitieve vorm vastgelegd (zie bijlage B). Tevens werd besloten dat de vragenlijst voor elke patiënt diende te worden ingevuld in aanwezigheid van en bij voorkeur door de gehele verpleegstaf. De overweging hiervoor was dat de verpleging als geheel een overzicht kon hebben over het functioneren van de patiënten op de betreffende afdeling, terwijl het moeilijk is om te bepalen welke individuele verpleegkracht het meeste weet van deze of gene patiënt. Een gezamenlijk oordeel, na eventuele discussie, vormde dan ook de beste waarborg voor een gefundeerde mening. Bij het invullen van alle vragenlijsten was steeds dezelfde onderzoeker aanwezig om mogelijke verschillen in de uitleg van de vragen te voorkomen. Hij wees er bijvoorbeeld op dat het antwoord 'soms of ten dele' alleen moest worden gekozen als er geen duidelijke voorkeur bestond voor ja of nee. Nadat voor alle op de B-afdelingen aanwezige patiënten de vragenlijsten waren ingevuld, werden de totaalscores bepaald; hierbij werd een positief beantwoorde vraag gehonoreerd met 2 punten en soms of ten dele met één punt. Bij negatief gerichte vragen, zoals: wordt de patiënt gemeden door zijn medepatiënten? werd het antwoord nee als positief gescored. Tevens werden alle vragen afzonderlijk voor een statistische analyse gereedgemaakt. Deze analyse wordt bij de resultaten besproken.

### 3.3.5.2. *Het afdelingsklimaat*

Naast het ontwerpen van deze sociale-vaardighedenschalen vroeg het probleem van het bepalen van het leefklimaat op de afdeling of het afdelingsklimaat (ward atmosphere, Moos en Houts 1968) onze aandacht. Onder het begrip afdelingsklimaat kan men een aantal factoren (bijvoorbeeld gewoonten en gedragsregels) verstaan, die onder andere met elkaar gemeen hebben dat ze de communicatie tussen de habituele gebruikers (staf en patiënten) van de afdeling beïnvloeden. Al naar gelang de aard van het leefklimaat zullen groepen en individuen op de afdeling gemakkelijker of moeilijker, met meer of minder distantie met elkaar omgaan. De intermenselijke relaties en diensgevolge de wederzijdse beïnvloeding van staf en patiënten zullen in direct verband staan met dit afdelingsklimaat. In navolging van Caudill's studie hebben verschillende sociologen en psychiaters zich met dit onderwerp beziggehouden (Caudill 1958; verder o.a. Kish 1971, Bambang Oetomo 1974 en Van Andel 1974).

Het lijkt geen twijfel dat er ontelbare facetten aan het begrip afdelingsklimaat zijn te onderscheiden. Wij besloten ons te beperken tot een drietal aspecten die wij representatief achtten voor de atmosfeer of het klimaat op de afdeling:

1. de communicatie binnen de staf, zoals deze door de verplegenden wordt ervaren;

2. de communicatie tussen de patiënten onderling en tussen de staf en de patiënten, beoordeeld door de onderzoekers;
3. de individuele ontplooiingsmogelijkheden van de patiënten, tot uitdrukking komend in de mate van privacy en enkele andere, vooral materiële, voorzieningen op de afdeling.

Wat dit laatste aspect betreft, maakten wij gebruik van de reeds verzamelde gegevens van de materiële voorzieningen om een indruk te krijgen van dit 'microklimaat' op de afdelingen. Berekend werd o.a. met hoeveel medepatiënten een slaapkamer, een wastafel, een douche en een dagverblijf moest worden gedeeld. Uitgaande van deze privacygegevens werd een rangordening van de vier afdelingen opgesteld. Tevens werd nagegaan hoeveel psychofarmaca op één willekeurige dag aan de patiënten op elke afdeling waren verstrekt. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen neuroleptica, tranquillizers, sedativa en antidepressiva.

Op grond van de per patiënt en per bed verstrekte hoeveelheden werd opnieuw een rangordening van de afdelingen opgesteld. Dit deden wij om rekening te houden met de mogelijkheid dat met name de communicatie op de afdelingen (3.3.5.4) zou kunnen worden beïnvloed door het verstrekken van veel psychofarmaca.

De aanpak van de beide andere genoemde aspecten, de communicatie binnen de staf en de communicatie op de afdeling worden nu nader toegelicht.

### *3.3.5.3. De communicatieschalen*

Bij het operationaliseren van de kwaliteit van de communicatie binnen de staf maakten wij gebruik van de schalen die door Bambang Oetomo (1970) werden ontwikkeld en die later door Cassee (1971) bij staven van algemene ziekenhuizen werden toegepast. De vragenlijst werd anoniem ingevuld door elk lid van de verpleging afzonderlijk. Hij bestond uit twee gedeelten, waarvan het eerste (7 vragen) betrekking had op de interne of horizontale communicatie binnen de verpleegstaf, terwijl het tweede deel (9 vragen) de communicatie met de afdelingsartsen betrof (de zogenaamde verticale communicatie).

De vragen zijn deels gericht op de professionele relaties (verloopt de overdracht van de diensten zonder haperen?) en deels op de persoonlijke relaties (kunnen de verpleegkundigen goed met elkaar overweg?) van de stafleden onderling. De vragenlijst is opgenomen als bijlage C.

### *3.3.5.4. De communicatie op de afdeling: de observaties in de dagverblijven*

Voor het beoordelen van de contacten tussen de patiënten onderling en tussen de staf en de patiënten werd gekozen voor een directe observatie. Hiertoe werden op de 15 dagverblijven van de vier afdelingen gedurende drie achtereenvolgende avonden systematische observaties verricht door teams van telkens twee onderzoekers. Bij deze observaties werd gelet op

kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de verbale communicatie in het betreffende dagverblijf. Er werd o.a. gelet op het aantal patiënten dat contact legde met andere patiënten of met de staf (indien aanwezig), de duur van deze contacten en het aantal mensen dat zich actief of passief van contact onthield, bijvoorbeeld door het tonen van bizar gedrag of het houden van monologen. Het protocol van deze observaties is opgenomen als bijlage D.

Eén team bezocht driemaal hetzelfde dagverblijf nadat staf en patiënten over het gebeuren waren ingelicht en nadat door de medewerkers gezamenlijk getraind was op een proefafdeling. De teams bestonden zoveel mogelijk uit een student en een psychiatrisch geschoolde medewerker om eventuele problemen bij de omgang met patiënten op te vangen. Het doel van dit deel van het onderzoek was onder meer om een rangordening te verkrijgen van de verschillende dagverblijven naar contactrijkdom c.q. contactarmoede.

#### *3.3.5.5. Verdere observaties en follow-up*

Op grond van de ervaringen die bij de observaties in de dagverblijven waren opgedaan, werd besloten op een later tijdstip nogmaals naar de afdelingen terug te keren, teneinde een meer gedetailleerde observatie te verrichten van een kleine geselecteerde groep patiënten over een langere periode.

Op drie afdelingen werden telkens vier patiënten uitgezocht van hetzelfde geslacht en met dezelfde diagnose (schizofrenie), die in leeftijd en opname-duur zoveel mogelijk overeenkwamen, in totaal dus 12 patiënten. De vierde afdeling werd buiten beschouwing gelaten, aangezien daar onvoldoende patiënten met de diagnose schizofrenie waren opgenomen. Deze patiënten werden gedurende een gehele week (van maandag tot vrijdag) gevolgd door een tweetal onderzoekers, die zoveel mogelijk deelnamen aan het gewone leven op de afdeling. Voor elk van de geobserveerde patiënten werd tweemaal per dag een vragenlijst ingevuld, waarop een aantal gedragingen van de patiënt werd genoteerd.

Direct na afloop van de observatieperiode werd een gedeelte van dezelfde vragenlijsten voor dezelfde patiënten onafhankelijk van de observatoren ingevuld door de verpleegstaf om een indruk te krijgen van de mate van overeenstemming tussen staf en observatoren.

Stoffelmayer (1973) liet zien dat het gedrag van patiënten door de verpleging nogal verschillend kan worden beoordeeld vergeleken met het oordeel van observatoren.

Tenslotte werd besloten om 6 maanden na het invullen van de oorspronkelijke BSV-schalen op alle vier afdelingen te kijken of er en zo ja welke patiënten inmiddels waren ontslagen. Voordien werd op grond van de BSV-scores een voorspelling gedaan over welke patiënten eventueel voor ontslag in aanmerking zouden kunnen komen. Dit om na te gaan in

hoeverre de BSV-scores gebruikt zouden kunnen worden voor een prognose van de verdere ziekenhuis carrière van patiënten.

Terugkerend naar de vraagstelling aan het begin van dit hoofdstuk moeten wij nog één opmerking maken over het aantonen van een mogelijk verband tussen de geoperationaliseerde effectiviteitscriteria en de aanwezigheid van zekere afdelingsvoorzieningen. De aard van het onderzoeksmateriaal maant hierbij tot voorzichtigheid. Immers, het onderzoek werd uit praktische overwegingen beperkt tot vier afdelingen. Bij het zoeken naar afdelingsvariabelen, die verband houden met het functioneren van de groep patiënten op de afzonderlijke afdelingen, doet het probleem zich voor dat de steekproef op dit onderdeel slechts uit vier elementen in casu de vier afdelingen bestaat, die elk op enkele tientallen variabelen van elkaar verschillen. Eventueel te ontdekken samenhangen moeten hier dan ook met de grootste voorzichtigheid worden geïnterpreteerd!

## 4. Bevindingen

### 4.1. DE INVENTARISATIE VAN DE ZIEKENHUISBEVOLKING

De vier psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe behoren niet tot de oudste instellingen in ons land. Een van de vier werd iets meer dan 100 jaar geleden gesticht, de overige bestaan tussen de 40 en 100 jaar. In andere opzichten zijn ze echter wél min of meer representatief voor 'het' psychiatrische ziekenhuis. Zoals in ons land gebruikelijk is, zijn alle vier de instellingen grootgrondbezitters. De paviljoens of afdelingen staan verspreid over de terreinen; er zijn aparte gebouwen voor de therapieën, voor de ontspanning van de patiënten en voor de directie en administratie. De instellingen liggen stuk voor stuk aan de rand van de bebouwde kom van hun gemeente, al ligt één instelling duidelijk verder van de 'bewoonde wereld'. Ook naar het aantal bedden neemt de groep een gemiddelde positie in. Twee van de ziekenhuizen kunnen we middelgroot (6 à 700 bedden) noemen, één is wat kleiner en één wat groter, zonder dat dit laatste tot de grootste instellingen van ons land gerekend kan worden. Een van de ziekenhuizen heeft het predikaat 'algemeen'. De overige drie hebben een protestant-christelijke signatuur. Ook deze verhouding is niet ongewoon, aangezien de meerderheid van onze grotere psychiatrische instituten (400 en meer bedden) een confessioneel karakter heeft. In hoeverre de rooms-katholieke ziekenhuizen verschillen van de door ons onderzochte protestantse blijft hier echter onbeantwoord.

De vier ziekenhuisdirecties vulden tezamen voor 48 afdelingen een vragenlijst in. Geen van de ziekenhuizen had moeite om het eigen instituut opgesplitst in afdelingen te beschrijven. Kennelijk worden de meeste afdelingen als afzonderlijke eenheden beschouwd, die binnen de instelling goed herkenbaar zijn. Toch was een van de ziekenhuizen niet in staat het aantal personeelsleden per afdeling op te geven; hier kon men de afdelingen ruimtelijk wel van elkaar onderscheiden, maar organisatorisch slechts ten dele. De vier ziekenhuizen hadden samen 2680 bedden beschikbaar op de 48 afdelingen; dat is een gemiddelde van bijna 56 bedden per afdeling. Voor de afzonderlijke ziekenhuizen waren dit respectievelijk gemiddeld 43, 49, 68 en 77 bedden per afdeling. Deze aantallen hebben overigens alleen betrekking op de periode van ons onderzoek en zijn niet constant. De meeste ziekenhuizen verkleinen gaandeweg hun hoeveelheid beschikbare bedden onder invloed van interne reorganisatie (schaalver-

kleining) en de afnemende bezettingsgraad. De grootte van de afdelingen varieerde sterk: de kleinste telde 14 bedden, de grootste afdeling 213. Deze laatste was echter in veel opzichten niet vergelijkbaar, omdat het hier de bedden in de gezinsverpleging betrof. Dit zijn behandelpaatsen buiten het ziekenhuis; de patiënten zijn in een pleeggezin opgenomen, terwijl men toezicht houdt vanuit het ziekenhuis. Dit geeft al aan dat men een afdeling niet zonder meer als een gebouw kan opvatten. Aangezien deze patiënten officieel in het ziekenhuis staan ingeschreven, worden de bedden als volwaardige ziekenhuisbedden beschouwd en meegeteld. Behalve de personeelsbezetting waren ook de gegevens betreffende de verblijfsduur van de patiënten niet volledig. Een van de ziekenhuizen raakte door gebrek aan administratief personeel zoveel achter met het beantwoorden van de enquête, dat wij besloten het ontbreken van deze gegevens te accepteren om de verdere gang van het onderzoek niet in de weg te staan.

Wij zullen in onze verslaggeving steeds een codering gebruiken voor de vier ziekenhuizen en de afzonderlijke afdelingen. Dit doen wij om twee redenen: ten eerste opdat de patiënten en hun familieleden zich niet nodeloos ongerust zullen maken over een gebrek aan anonimiteit; en ten tweede omdat ons onderzoek *niet* erop gericht was de ene afdeling 'beter' te noemen dan de andere, maar veeleer om uit de gevonden verschillen algemene conclusies te trekken, betreffende de kwaliteit van de diverse afdelingsvoorzieningen.

Aan de hand van de beschikbare gegevens berekenden wij per afdeling de ontslagraatio volgens de door ons opgestelde formule (zie hoofdstuk 3) en het percentage patiënten dat op de teldatum korter dan 1 jaar\* in de instelling was opgenomen. Vervolgens werden de 48 afdelingen gerangschikt naar de grootte van hun ontslagraatio.

Wanneer we eerst kijken naar de ontslagraatio (O.R.), dan levert de tabel het volgende beeld op: een klein aantal afdelingen met veel ontslagen, waar elk bed gemiddeld meerdere malen per jaar van gebruiker verwisselde; een iets groter aantal afdelingen waar deze wisseling gemiddeld eenmaal per een à twee jaar voorkwam; en een grote groep afdelingen waar het ontslag van een patiënt zeldzaam was of helemaal niet voorkwam. Bijvoorbeeld: op afdeling 1 gingen in een jaar bijna 100 patiënten met ontslag, op afdeling 23 waren dat er maar 3 en op de afdelingen 37 t/m 46 geen enkele patiënt. In de vierde kolom vinden we een ander aspect van de patiëntenstroom door de afdelingen (het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten). Uit dit percentage kunnen we opmaken welk deel van de bedden een bijdrage heeft geleverd aan het totale ont-

\* Wij wijzen nogmaals op het feit, dat de enquête ons informeerde over verblijfsduren korter of langer dan 1 jaar, terwijl later de grens tussen de A- en de B-bedden werd vastgesteld bij een verblijfsduur van 2 jaar (zie ook de voetnoot op blz. 48). De classificatie van de afdelingen werd hierdoor echter niet belemmerd.

Tabel 4.1.1. Rangordening van 48 afdelingen naar ontslagraatio (O.R.) en percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten. Classificatie in A en B-afdelingen.

| Afd. | Bedden | O.R. | %<br>< 1 jr. |   | Afd. | Bedden | O.R. | %<br>< 1 jr. |   |
|------|--------|------|--------------|---|------|--------|------|--------------|---|
| 1    | 23     | 4,0  | 100          | A | 25   | 51     | <0,1 | 4            | B |
| 2    | 43     | 3,7  | 96           | A | 26   | 120    | <0,1 | ?            | B |
| 3    | 44     | 3,2  | 87           | A | 27   | 27     | <0,1 | 7            | B |
| 4    | 14     | 2,9  | 100          | A | 28   | 55     | <0,1 | ?            | B |
| 5    | 99     | 2,5  | 66           | A | 29   | 57     | <0,1 | 2            | B |
| 6    | 73     | 1,3  | 46           | A | 30   | 213    | <0,1 | 1            | B |
| 7    | 23     | 1,0  | 38           | A | 31   | 53     | <0,1 | 0            | B |
| 8    | 108    | 1,0  | 28           | A | 32   | 54     | <0,1 | 2            | B |
| 9    | 52     | 0,9  | ? *          | ? | 33   | 50     | <0,1 | 0            | B |
| 10   | 15     | 0,8  | 89           | A | 34   | 62     | <0,1 | 2            | B |
| 11   | 99     | 0,8  | 24           | B | 35   | 52     | <0,1 | ?            | B |
| 12   | 56     | 0,6  | ?            | ? | 36   | 136    | <0,1 | ?            | B |
| 13   | 73     | 0,5  | 48           | B | 37   | 23     | 0    | 25           | B |
| 14   | 36     | 0,5  | 25           | B | 38   | 31     | 0    | 3            | B |
| 15   | 90     | 0,5  | 21           | B | 39   | 47     | 0    | 2            | B |
| 16   | 68     | 0,3  | 30           | B | 40   | 44     | 0    | 2            | B |
| 17   | 27     | 0,3  | 21           | B | 41   | 39     | 0    | 0            | B |
| 18   | 58     | 0,3  | 16           | B | 42   | 38     | 0    | 0            | B |
| 19   | 32     | 0,2  | 28           | B | 43   | 62     | 0    | 0            | B |
| 20   | 50     | 0,2  | 16           | B | 44   | 32     | 0    | 0            | B |
| 21   | 57     | 0,2  | 9            | B | 45   | 20     | 0    | 0            | B |
| 22   | 119    | 0,1  | 47           | B | 46   | 48     | 0    | ?            | B |
| 23   | 32     | 0,1  | 7            | B | 47   | 20     | ?    | 100          | A |
| 24   | 29     | <0,1 | 21           | B | 48   | 26     | ?    | ?            | B |

\* De vraagtekens in de tabel staan voor de ontbrekende waarden.

slag. Waar dit percentage laag is, waren kennelijk veel bedden blijvend door dezelfde patiënten bezet. Het leek ons waarschijnlijk dat er een positief verband zou bestaan tussen de ontslagraatio en het percentage kort verblijvende patiënten (korter dan 1 jaar opgenomen); dat wil zeggen: waar veel patiënten ontslagen worden, zullen minder mensen langer dan een jaar verblijven dan daar waar geen ontslag plaatsvindt. Of dit verband op alle afdelingen even uitgesproken was, komt hierna ter sprake.

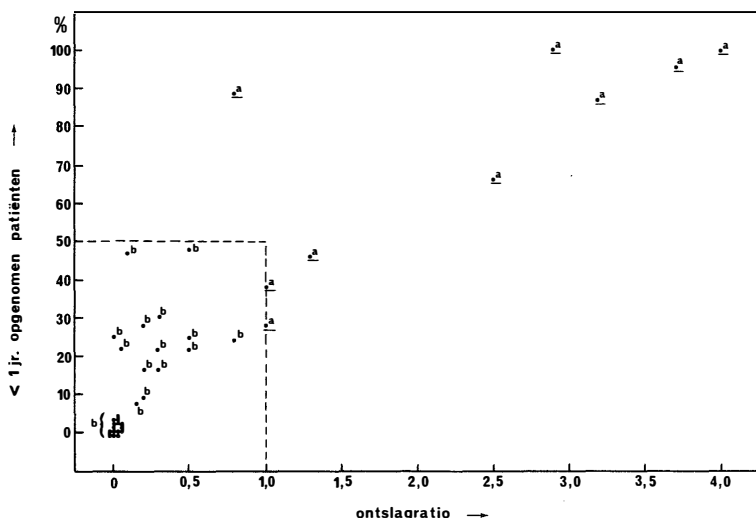
#### 4.2. DE CLASSIFICATIE VAN DE AFDELINGEN IN A-AFDELINGEN EN B-AFDELINGEN

Bij de opzet van het onderzoek was besloten de afdelingen op grond van de ontslagraatio (O.R.) en het percentage 'kort verblijvenden' (K.V. %) te typeren als A- of B-afdeling. Elke afdeling met een O.R. van 1,0 of hoger of een K.V. % van minstens 50 zou als A-afdeling worden geklasseerd, de

overige afdelingen als B-afdeling. In tabel 4.1.1 kwam deze klassering tot uitdrukking (laatste kolom). Bij de 48 afdelingen vonden wij op deze manier 10 A-afdelingen en 36 B-afdelingen. Voor 2 afdelingen (nrs. 9 en 12) voldeed onze indeling niet helemaal; van deze afdelingen was alleen de O.R. bekend (deze bedroeg 0,9 respectievelijk 0,6), waardoor wij in strikte zin deze afdelingen als B-afdelingen zouden moeten klasseren. Omdat wij vermoedden dat het K.V. % wel eens hoger dan 50 zou kunnen zijn en wij deze gegevens niet konden bemachtigen, besloten wij deze beide afdelingen niet te typeren. Ook afdeling nr. 47 (als A-afdeling getypeerd) nam een wat bijzondere plaats in. Dit was een observatieafdeling voor psychogeriatrische patiënten, waarvan niet meer was na te gaan hoe groot het aantal ontslagen, overgeplaatste en overleden patiënten was geweest.

Voor 39 afdelingen waren beide waarden, de O.R. en het K.V. % bekend. De samenhang tussen deze twee waarden is in figuur 4.2.1 te zien.

Uit de figuur blijkt een positief verband tussen beide variabelen te bestaan. Dit verband lijkt tamelijk lineair te zijn. Wanneer we naar de beide gekozen grenswaarden (O.R.: 1,0, K.V.: 50%) kijken, zien we dat twee van de afdelingen net niet aan de voorwaarde voor een klassering als A-afdeling voldeden, terwijl dit voor twee andere afdelingen juist wel het geval was. Verder liggen twee A-afdelingen vrij ver buiten (boven) de denkbeeldige regressielijn. In de praktijk waren dit twee afdelingen met een apart karakter. Afdeling nr. 10 (tabel 4.1.1) met coördinaten 89 en



Figuur 4.2.1. Samenhang tussen de ontslagratio en het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten op 39 afdelingen (9 A-afdelingen en 30 B-afdelingen).

a = A-afdeling; b = B-afdeling



0,8 was een therapeutische gemeenschap voor adolescenten, die meestal voor een periode van 9 maanden tot een jaar werden opgenomen; dit verklaarde de relatief lage ontslagratio. Afdeling nr. 4 (coördinaten 100 en 2,9) was een kleine afdeling voor interne geneeskunde; de patiënten bleven daar kort, maar velen van hen gingen vervolgens naar een van de andere afdelingen; dit verklaarde ook de relatief minder hoge ontslagratio.\* De afwijkende waarden in het diagram van de twee reeds genoemde B-afdelingen nrs. 13 en 22 (coördinaten 47 en 0,1, respectievelijk 48 en 0,5) duiden op een gemengde functie van de afdelingen. Ongeveer de helft van de bedden op deze afdelingen werd gebruikt door 'long-stay'-patiënten, terwijl de andere bedden nogal eens van gebruiker wisselden. Bovendien blijkt dat de A- en B-afdelingen in dit diagram ver uiteen gegroepeerd liggen, hetgeen erop duidt dat zij vrij duidelijk twee functies representeren. Over het geheel genomen was de functie van iedere afdeling echter goed herkenbaar; dat wil zeggen dat verreweg de meeste bedden op een afdeling op dezelfde wijze werden gebruikt. Uit het onderzoek van Ullmann (1967) dat in hoofdstuk 1 (p. 31 e.v.) werd besproken, bleek er een significant verband te bestaan tussen de door hem gebruikte rendementscriteria enerzijds en de grootte van de afdeling en de hoeveelheid stafleden anderzijds. Dit verband lag als volgt: veel 'long-stay'-patiënten correleerde met weinig staf en veel bedden op die afdeling. Daar wij wilden nagaan of wij met ons materiaal de conclusies van Ullmann konden steunen, berekenden wij, voorzover de gegevens beschikbaar waren, voor iedere afdeling het aantal artsen en het aantal gediplomeerde verpleegkundigen per 100 bedden. Vervolgens stelden wij een rangcorrelatiematrix samen waarin de afdelingen naar de volgende variabelen waren gerangschikt:

1. de grootte van de afdeling (aantal bedden);
2. de typering van de afdeling (A of B);
3. het aantal verpleegkundigen per 100 bedden;
4. het aantal artsen per 100 bedden;
5. het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten (K.V. %);
6. de ontslagratio (O.R.).

Voor elk van de variabelen beschikten we over tenminste 34 waarnemingen. De uitkomsten zijn weergegeven in de tabel 4.2.2.

Uit de tabel blijkt het door Ullmann gevonden verband tussen de stafbezetting en de rendementscriteria (in ons geval de O.R. en het K.V. %) inderdaad ook in ons materiaal te bestaan. Verschillende correlaties zijn zelfs zeer duidelijk. De A-afdelingen beschikten over meer verpleegkundigen en meer artsen dan de B-afdelingen, terwijl de ontslagratio en het percentage kortblijvers sterk gerelateerd waren aan de hoeveelheid artsen. Men kan stellen: daar waar artsen zijn, worden patiënten ontslagen. Naar

\* Overplaatsingen binnen het instituut of naar een andere intramurale instelling werden immers niet als ontslag aangemerkt.

Tabel 4.2.2. *Samenhang tussen de grootte en de typering van de afdeling, de hoeveelheid verpleegkundigen en artsen en rendementscriteria voor 47 afdelingen.*

*Rangcorrelatiecoëfficiënten volgens Spearman*

|  |   |                   |      |                  |     |     |   |
|--|---|-------------------|------|------------------|-----|-----|---|
| Aantal bedden<br>(weinig → veel)               | 1 | —                 |      |                  |     |     |   |
| Typering afd. A of B<br>(A → B)                | 2 | .15 <sup>●</sup>  | —    |                  |     |     |   |
| Verpleegkundigen/100 bedden<br>(weinig → veel) | 3 | -.29 <sup>■</sup> | -.34 | —                |     |     |   |
| Artsen/100 bedden<br>(weinig → veel)           | 4 | -.11 <sup>●</sup> | -.65 | .30 <sup>■</sup> | —   |     |   |
| % korter dan 1 jr. opgenomen<br>(laag → hoog)  | 5 | -.13 <sup>●</sup> | -.67 | .47              | .79 | —   |   |
| Ontslagratio<br>(laag → hoog)                  | 6 | .03 <sup>●</sup>  | -.67 | .32              | .79 | .86 | — |
|  |   | 1                 | 2    | 3                | 4   | 5   | 6 |

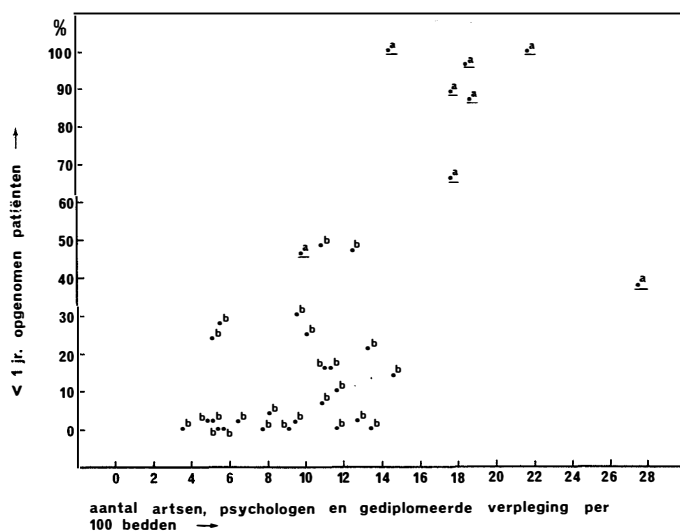
Significantie: Stip<sup>●</sup> :  $p > 0.10$

Blokje<sup>■</sup>:  $0.05 < p < 0.10$

Overige waarden:  $p < 0.05$

een causaal verband kunnen we echter slechts gissen: worden de artsen vooral dáár ingezet waar weinig chronische patiënten zijn of worden er zoveel patiënten ontslagen *omdat* zij een medische behandeling (c.q. begeleiding) ontvangen? In elk geval snijdt het mes aan twee kanten: daar waar veel artsen zijn, zijn ook meestal veel gediplomeerde verpleegkundigen. Trekken zij elkaar aan of doet de problematiek van de betreffende categorie patiënten een groter beroep op het medisch en verpleegkundig potentieel? Misschien kan een longitudinale studie, die het effect nagaat van een toename van de hoeveelheid artsen op de ontslagraatio van vooral een B-afdeling hierin opheldering brengen. De grootte van de afdeling toonde een veel minder duidelijk verband met de rendementscriteria. Mogelijk speelde hierbij een rol dat de afdelingen die Ullmann beschreef over het algemeen veel groter waren. Wellicht zou hij alle (of bijna alle) van onze afdelingen klein hebben genoemd. Bovendien heeft de methode van de rangcorrelatie het nadeel dat absolute verschillen in grootte niet zo goed uitkomen.

Sommige afdelingen beschikten naast de medische en verpleegkundige staf ook over een psycholoog voor een vast aantal uren per week. Wanneer we de artsen, de gediplomeerde verpleging en de psychologen als de vaste stafleden beschouwen, omdat zij als regel minstens een jaar aan een afdeling verbonden blijven, kunnen we het verband tussen de hoeveelheid vaste staf en een van de rendementscriteria (in dit geval het percentage kortblijvers) illustreren.



Figuur 4.2.3. Samenhang tussen het aantal vaste stafleden per 100 bedden en het percentage korter dan 1 jaar opgenomen patiënten op 32 afdelingen (8 A-afdelingen en 24 B-afdelingen).

*a* = A-afdeling; *b* = B-afdeling

Bij de beschouwing van de figuur als geheel krijgt men de indruk van een positieve relatie tussen beide uitgezette variabelen. Hoe groter het aantal stafleden, des te hoger is het K.V. %. De samenhang vertoont nu minder uitgesproken een lineair karakter. Ook hier weer vinden wij twee groepen afdelingen die elkaar wat betreft hun kenmerken niet of nauwelijks overlappen. Als wij de groep A-afdelingen en de groep B-afdelingen afzonderlijk bekijken, zien we dat 7 van de 8 A-afdelingen over méér staf beschikken dan elk van de B-afdelingen en dat het gemiddeld aantal stafleden op de A-afdelingen 2 tot 2,5 maal zo groot was als op de B-afdelingen. Binnen de groep A-afdelingen lijkt er een positieve samenhang te bestaan tussen de beide variabelen; de groep is echter te klein voor het uitvoeren van een zinvolle (rang)correlatietoets. Binnen de groep B-afdelingen lijkt er van enige samenhang geen sprake te zijn. De positieve correlatie in het diagram krijgt echter meer accent als we een aantal afzonderlijke afdelingen, die afwijkende waarden vertonen, nader analyseren. De A-afdeling met het zeer grote aantal vaste stafleden (27,9 per 100 bedden) geheel rechts in het diagram was een gesloten opnameafdeling waar veel mannelijke alcoholisten verbleven. Ruim 40% van de patiënten was onvrijwillig opgenomen, terwijl dit percentage voor de andere A- (en B-afdelingen) hooguit 10 à 20% bedroeg. Dit kan een reden zijn voor het inzetten van een extra aantal ervaren verplegers. De groep B-afdelingen rechts onder in

de figuur met een relatief groot aantal stafleden (10 à 14 per 100 bedden) behoorde in meerderheid tot hetzelfde psychiatrische ziekenhuis. Dit ziekenhuis beschikte in het algemeen over meer dan het gemiddeld aantal artsen en verpleegkundigen. Dit zou kunnen betekenen dat de relatie tussen de variabelen voor elk ziekenhuis apart wel degelijk wat meer rechtlijnig positief verliep. In de figuur zou men zich dan een viertal regressielijnen kunnen voorstellen, voor elk ziekenhuis één. De hoeveelheid beschikbare gegevens was evenwel te klein om dit vermoeden te staven. De conclusie luidde in elk geval: afdelingen met weinig chronische bedden hadden veel staf en afdelingen met veel chronische bedden hadden relatief weinig staf.

Na aandacht te hebben besteed aan enkele in het oog springende verschillen tussen A- en B-afdelingen, wilden we proberen een beeld van de vier ziekenhuizen te vormen aan de hand van het aantal A- en B-afdelingen waaruit elk ziekenhuis was opgebouwd. Deze typering van de ziekenhuizen is weergegeven in tabel 4.2.4. Per ziekenhuis is, behalve het aantal A- en B-afdelingen en het percentage A- en B-bedden, ook een relatieve frequentieverdeling gegeven van het patiëntenbestand naar verblijfsduurcategorieën. Wij gebruikten hiervoor de gegevens van het bestand per 31.12.1969 aangezien wij niet over meer recente gegevens konden beschikken.\* Overigens vertonen deze bestandtellingen van jaar tot jaar slechts een geringe verandering; hierop komen wij in de volgende paragraaf (4.3) terug.

Uit de tabel komt naar voren dat de ziekenhuizen functioneel vrij sterk uiteenliepen. Instelling I beschikte over ongeveer een kwart van het totaal aantal bedden, maar had de helft van het totaal aantal A-afdelingen en veel meer dan de helft van het totaal aantal A-bedden. In instelling III en IV daarentegen overheerste de verzorgingsfunctie sterk; A-bedden waren er zeldzaam. Instelling II nam min of meer een tussenpositie in: een duidelijke behandelingsfunctie, maar ook veel chronische paviljoens. Uit de totaalcijfers voor de vier ziekenhuizen gezamenlijk blijkt dat de verhouding tussen de aantallen A- en B-afdelingen ongeveer 1:4 was en tussen de aantallen A- en B-bedden bijna 1:5, daar de A-afdelingen gemiddeld wat kleiner waren. De totaalcijfers betreffende de opnameduur laten zien dat op 31 december 1969 17,1% van alle patiënten korter dan 1 jaar was opgenomen. Voor de afzonderlijke ziekenhuizen was dit percentage: 27,7% in I, 18,5% in II, 7,6% in III en 10,5% in IV. De laatste drie percentages zijn hoger dan het percentage A-bedden (bedden op A-afdelingen) uit de linker kolom. Dit betekent dat in de instellingen II, III en IV nogal wat patiënten met een korte verblijfsduur in de chronische paviljoens zaten. In hoeverre dit toevallig was of berustte op het

\* Bron: Centraal Patiëntenregister te Leidschendam; deze gegevens vormen een deel van het registratiemateriaal, dat op de afd. Sociale Psychiatrie in Groningen door drs. J. van Weerden-Dijkstra wordt geanalyseerd.

Tabel 4.2.4. Verdeling van de A- en B-bedden en A- en B-afdelingen in de vier psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe en de opnameduur van het patiëntenbestand per 31-12-1969.

| Bedden                              |            |            |                           |                            |                   |                   |                               | Ziekenhuizen  | Patiënten (opnameduur bestand 31-12-1969) |               |             |             |              |               |                        |                  |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|---|---|---------------|-------------|-------------|--------------|---------------|------------------------|------------------|
| Totaal<br>aantal<br>afde-<br>lingen | A-<br>afd. | B-<br>afd. | moeilijk<br>te<br>typeren | Totaal<br>aantal<br>bedden | A-<br>bedden<br>% | B-<br>bedden<br>% | moeilijk<br>te (%)<br>typeren | Typering<br>ziekenhuis  | tot<br>3 mnd<br>%                         | 3-12 mnd<br>% | 1-2 jr<br>% | 2-5 jr<br>% | 5-10 jr<br>% | 10-20 jr<br>% | meer dan<br>20 jr<br>% | To-<br>taal<br>% |
| 9                                   | 5          | 4          | —                         | 691                        | 44,9              | 55,1              | —                             | I Belangrijke behandelingsfunctie; verzorging relatief minder groot.            | 11,5                                      | 16,2          | 7,1         | 13,3        | 11,9         | 10,7          | 29,3                   | 100,0            |
| 20                                  | 3          | 17         | —                         | 868                        | 11,8              | 88,2              | —                             | II Duidelijke behandelingsfunctie, maar overwegend verzorging.                  | 8,1                                       | 10,4          | 7,8         | 13,0        | 15,4         | 16,5          | 28,9                   | 100,0            |
| 9                                   | 1          | 8          | —                         | 442                        | 5,2               | 94,8              | —                             | III Behandelingsfunctie klein; verzorging sterk overwegend.                     | 1,6                                       | 6,0           | 7,6         | 16,4        | 18,5         | 27,9          | 21,9                   | 100,0            |
| 10                                  | 1          | 7          | 2                         | 679                        | 3,4               | 80,7              | 15,9                          | IV Kleine afd. met duidelijke behandelingsfunctie; verzorging sterk overwegend. | 4,4                                       | 6,1           | 4,3         | 8,3         | 10,9         | 26,2          | 39,8                   | 100,0            |
| 48                                  | 10         | 36         | 2                         | 2680                       | 16,5              | 79,5              | 4,0                           | Totaal  | 7,0                                       | 10,1          | 6,7         | 12,3        | 13,8         | 19,3          | 30,8                   | 100,0            |

beleid van de ziekenhuizen, valt uit deze gegevens niet op te maken. Evenmin kunnen wij hieruit beoordelen of deze situatie voor de patiënten in kwestie gunstig of ongunstig genoemd moet worden. Verder illustreren de totaalcijfers het grote aantal zéér-lange-blijvers: het 'oude' chronische bestand of de 'old long-stay'. Méér dan de helft, 50,1% van de patiënten, was al langer dan 10 jaar opgenomen en 30,8% langer dan 20 jaar. Ook deze categorie patiënten was in de ziekenhuizen niet evenredig vertegenwoordigd. Instelling I had 40% langblijvers (langer dan 10 jaar), instelling IV maar liefst 66%! Van de groep die er al meer dan 20 jaar was, werd de meerderheid al vóór de oorlog opgenomen (dus al meer dan 30 jaar geleden!).

Samenvattend leverde de enquête (in 1973) aan de vier ziekenhuizen het volgende op:

1. De ziekenhuizen waren in staat per afdeling gegevens te verstrekken over de verblijfsduur van de patiënten op een bepaalde teldatum en het aantal ontslagen patiënten in een periode voorafgaande aan die teldatum.
2. Op grond van deze gegevens was het mogelijk elke ziekenhuisafdeling te typeren als A-afdeling (kort verblijf, vooral observatie en behandeling) of B-afdeling (lang verblijf, vooral verzorging).
3. Elk ziekenhuis beschikte over tenminste één A-afdeling en meerdere B-afdelingen.
4. De functie van het ziekenhuis als geheel werd getypeerd aan de hand van de verhouding tussen het aantal bedden op A-afdelingen en dat op B-afdelingen; deze functie varieerde tamelijk sterk.
5. Afgaande op de verblijfsduur van alle patiënten die op één tijdstip in de ziekenhuizen aanwezig waren, bleek het aantal personen met een zéér lange verblijfsduur in elk van de ziekenhuizen aanzienlijk te zijn, terwijl er ook in dit opzicht tussen de ziekenhuizen onderling vrij grote verschillen bestonden.
6. Er was enige discrepantie tussen het getelde aantal bedden op A-afdelingen en het totaal aantal korter dan 1 jaar opgenomen patiënten per instelling; dit werd toegeschreven aan een heterogene samenstelling van het patiëntenbestand op sommige afdelingen.
7. De A-afdelingen bleken te beschikken over meer vaste stafleden dan de B-afdelingen. Onder vaste stafleden per 100 bedden werd verstaan: artsen, gediplomeerde verpleegkundigen en psychologen. Een positief verband tussen de hoeveelheid stafleden en de ontslagratio werd aangetoond.

#### 4.3. DE SELECTIE VAN VIER A- EN VIER B-AFDELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Aan de hand van de rangschikking van de afdelingen zoals die in tabel 4.1.1 werd weergegeven, selecteerden wij uit elk ziekenhuis een A-afdeling en een B-afdeling. Wij kozen daarbij voor een zo groot mogelijk verschil wat betreft de ontslagratio en het percentage kortblijvers tussen de twee afdelingen van hetzelfde ziekenhuis. Onze voorkeur ging uit naar die afdelingen waar de patiënten zo min mogelijk naar leeftijd of diagnose waren geselecteerd. Zo werden bijvoorbeeld een adolescentenafdeling, een afdeling voor interne geneeskunde en een psychogeriatrisch paviljoen ongeschikt geacht. Aangezien het vinden van vier identieke afdelingen niet haalbaar was, wilden wij de onderlinge verschillen binnen de te selecteren groep het liefst zo klein mogelijk houden. Dit had tot gevolg dat wij een ongelijke verdeling naar geslacht moesten accepteren; naar onze mening was dit een minder groot bezwaar dan sterke verschillen in de diagnose en de leeftijdsopbouw van het patiëntenbestand. Uiteindelijk selecteerden wij de A-afdelingen: 1, 2, 5 en 7 en de B-afdelingen: 15, 32, 42 en 44 (nummering volgens tabel 4.1.1).

De volgende tabel toont een aantal gegevens van de patiënten op de acht geselecteerde afdelingen. Deze informatie werd verzameld tezamen met de gegevens betreffende het personeel en de materiële voorzieningen bij een bezoek aan elk van de afdelingen in april 1974.

Van het totaal van 376 patiënten was 78,7% vrouwelijk. Op de A-afdelingen was het percentage vrouwelijke patiënten 66,9% en op de B-afdelingen 88,7%. Aangezien het percentage vrouwelijke patiënten van de vier ziekenhuizen tezamen gedurende de laatste jaren niet uitkwam boven de 55%, was er sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen in ons patiëntenbestand. Zoals al gezegd was dit op grond van onze selectiemethode onvermijdelijk.

De cijfers uit deze tabel waren voor ons vooral van belang omdat wij wilden aantonen dat er essentiële verschillen bestonden tussen de groepen patiënten op de A-afdelingen en die op de B-afdelingen. Bovendien verwachtten wij dat dergelijke verschillen tussen de A-afdelingen onderling en de B-afdelingen onderling veel minder uitgesproken zouden zijn. Met andere woorden: de doorsnee patiënt op een A-afdeling zou moeten verschillen van die op een B-afdeling. De kolom, die de leeftijdsopbouw te zien geeft, steunt deze veronderstelling. De leeftijd van de groep A-patiënten week sterk af van die van de B-patiënten en toonde onderling een grote overeenkomst. Frappant was het geringe aantal ouderen op de A-afdelingen. Dit zou kunnen worden verklaard uit het feit dat in de noordelijke provincies sinds enkele jaren de psychogeriatrische hulpverlening min of meer regionaal wordt aangepakt. De observatie van psychisch gestoorde bejaarden vindt plaats in enkele daarvoor aangewezen instituten. Een andere, minder positieve, veronderstelling zou zijn, dat de

Tabel 4.3.1. Verdeling van het patiëntenbestand in de geselecteerde A- en B-afdelingen naar geslacht, leeftijd, opnameduur en burgerlijke staat (april 1974).

| Afdeling | Bedden | Geslacht |     |        | Leeftijd |       |     | Opnameduur |           |           |        | Burgerlijke Staat |          |                  |        |
|----------|--------|----------|-----|--------|----------|-------|-----|------------|-----------|-----------|--------|-------------------|----------|------------------|--------|
|          |        | M        | V   | Totaal | %        | %     | %   | %          | %         | %         | %      | %                 | %        | %                | %      |
|          |        |          |     |        | < 45     | 45-64 | 65+ | < 3 mnd.   | 3-24 mnd. | > 24 mnd. | Totaal | ongetrouwd        | getrouwd | getrouwd geweest | Totaal |
| A I      | 99     | 28       | 70  | 98     | 62       | 28    | 10  | 32         | 52        | 16        | 100    | 44                | 41       | 15               | 100.   |
| A II     | 43     | 0        | 36  | 36     | 61       | 36    | 3   | 78         | 19        | 3         | 100    | 17                | 69       | 14               | 100    |
| A III    | 23     | 23       | 0   | 23     | 66       | 34    | 0   | 35         | 35        | 30        | 100    | 57                | 13       | 30               | 100    |
| A IV     | 23     | 6        | 9   | 15     | 60       | 33    | 7   | 93         | 7         | 0         | 100    | 0                 | 100      | 0                | 100    |
| A        | 188    | 57       | 115 | 172    | 62       | 31    | 6   | 49         | 38        | 13        | 100    | 36                | 48       | 16               | 100    |
|          |        |          |     |        |          |       |     |            |           |           |        |                   |          |                  |        |
| B I      | 90     | 0        | 82  | 82     | 28       | 43    | 29  | 13         | 10        | 77        | 100    | 63                | 26       | 11               | 100    |
| B II     | 38     | 0        | 36  | 36     | 28       | 39    | 33  | 0          | 3         | 97        | 100    | 58                | 17       | 25               | 100    |
| B III    | 32     | 23       | 8   | 31     | 16       | 54    | 30  | 0          | 0         | 100       | 100    | 90                | 0        | 10               | 100    |
| B IV     | 54     | 0.       | 55  | 55     | 33       | 58    | 9   | 0          | 6         | 94        | 100    | 82                | 11       | 7                | 100    |
| B        | 214    | 23       | 181 | 204    | 28       | 48    | 24  | 6          | 6         | 88        | 100    | 71                | 16       | 12               | 99     |



psychisch gestoorde bejaarden bij hun opneming onmiddellijk op een chronisch paviljoen terechtkomen. De eerste veronderstelling lijkt ons echter, ook op grond van later te bespreken gegevens, het meest aanneemelijk. In de kolom opnameduur is de homogeniteit binnen de A-afdelingen minder; met name de afdelingen A I en A III hadden toch een aantal long-stay patiënten. Wel moeten we bedenken, dat deze cijfers een momentopname weergeven; aangezien de A-afdelingen voortdurend — maar niet steeds met dezelfde regelmaat — mensen ontslaan en opnemen, kan bijvoorbeeld het aantal korter dan drie maanden opgenomen patiënten van week tot week sterk wisselen. Bij de B-afdelingen onderscheidde afdeling B I zich van de algemene trend; op deze afdeling was ongeveer een kwart van de bedden in gebruik voor korter blijvende patiënten. De kolom burgerlijke staat toont weer sprekende verschillen tussen de groep A-afdelingen en de groep B-afdelingen. Tweemaal zoveel langblijvers zijn nooit getrouwd geweest; dit beeld kan men in alle psychiatrische instellingen terugvinden. De relatie is duidelijk, maar een causaal verband onzeker. Werden er meer ongehuwden opgenomen, werden ze minder ontslagen of beide? En kwam dit dan omdat ze niemand hadden in de maatschappij om naar terug te gaan? Of is het zo, dat de persoonlijkheid van mensen, die gepredisponerd zijn voor psychische stoornissen, hen tevens verhindert een huwelijksrelatie aan te gaan? Bovendien lijkt het waarschijnlijk dat deze situatie voor mannen en vrouwen aanzienlijk verschillend zal zijn. Uit onze gegevens kunnen we alleen maar concluderen, dat zeer veel long-stay patiënten ongehuwd zijn gebleven, dit in tegenstelling tot de patiënten op de A-afdelingen van wie meer dan de helft ooit trouwde. Van afdeling A III dient nog vermeld te worden dat vele van de daar verblijvende mannen chronische alcoholisten waren; dit zou mede een verklaring kunnen zijn voor het geringe aantal patiënten, dat op de teldatum (nog) gehuwd was.

De gegevens van tabel 4.3.1 samenvattend kunnen we stellen dat de groep patiënten op de A-afdelingen zowel naar leeftijd als naar burgerlijke staat verschilden van de groep patiënten op de B-afdelingen en dat deze verschillen duidelijk groter waren dan die binnen de groep van de A- of de B-afdelingen. De veronderstelling dat op de A-afdelingen een andere categorie patiënten werd behandeld dan op de B-afdelingen werd hiermee onderschreven. In elk geval betrof het patiënten in een geheel ander stadium van hun ziekteproces. Toch wensten wij meer zekerheid dat deze uitkomsten niet op een toevalligheid berustten. Per slot van rekening maakten wij slechts een momentopname van de situatie op de afdelingen. Misschien was de functie van één of meer van de afdelingen wel aan het veranderen, zodat het onderscheid in A en B alleen op onze teldatum opging. Daarom bezochten wij de acht afdelingen een jaar later opnieuw teneinde na te gaan wat er met de patiënten was gebeurd, die wij in april 1974 hadden aangetroffen. Het resultaat van deze follow-up is weergegeven in tabel 4.3.2.

Tabel 4.3.2. Mutaties in het patiëntenbestand van vier A- en vier B-afdelingen in de periode april '74-juni '75.

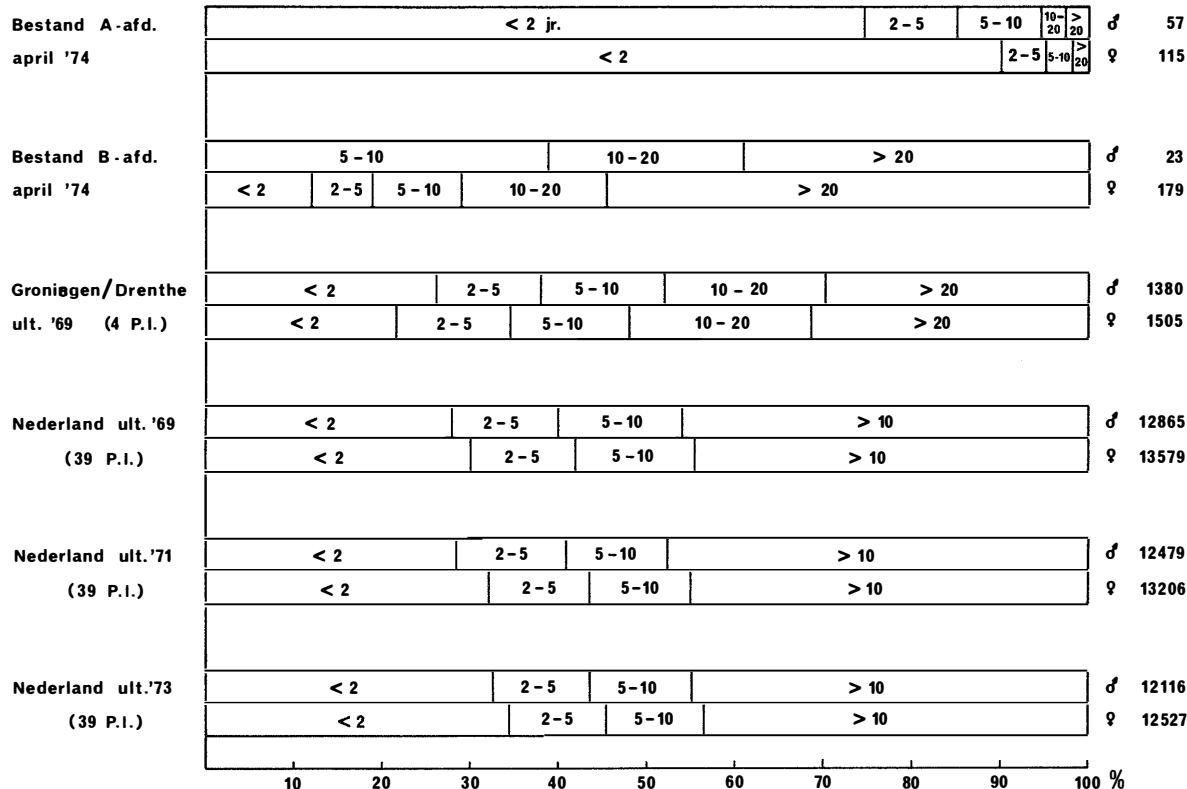
|       | <i>Patiënten-<br/>bestand<br/>april '74</i> | <i>Ontslag<br/>april '74 tot<br/>juni '75</i> | <i>Totaal afgevoerd<sup>1</sup><br/>april '74 tot<br/>juni '75</i> | <i>Nog<br/>aanwezig<br/>juni '75</i> | <i>Patiënten-<br/>bestand<br/>juni '75</i> | <i>% <sup>2</sup><br/>&lt; 1 jr.<br/>april '74</i> | <i>% <sup>2</sup><br/>&lt; 1 jr.<br/>juni '75</i> |
|-------|---|---|--|--------------------------------------|--|--|---|
| A I   | 98  | 59 (60%)                                      | 64   | 32                                   | 96   | 66%  | 65%   |
| A II  | 36  | 32 (89%)                                      | 36   | 0                                    | 39   | 96%  | 100%  |
| A III | 23  | 10 (43%)                                      | 12   | 11                                   | 23   | 38%  | 48%   |
| A IV  | 15  | 15 (100%)                                     | 15   | 0                                    | 20   | 100%   | 100%  |
|       |   |   |  |                                      |  |  |   |
| B I   | 82  | 19 (23%)                                      | 31   | 51                                   | 80   | 21%  | 28%   |
| B II  | 36  | 1 ( 3%)                                       | 6  | 30                                   | 36   | 0%   | 0%  |
| B III | 31  | 0 ( 0%)                                       | 1  | 30                                   | 32   | 0%   | 0%  |
| B IV  | 55  | 3 ( 5%)                                       | 6  | 49                                   | 54   | 2%   | 2%  |

<sup>1</sup> Inclusief overledenen.<sup>2</sup> Betreft de verblijfsduur in het ziekenhuis en niet noodzakelijkerwijs op de betreffende afdeling.

De tabel laat zien dat het onderscheid tussen de A- en B-afdelingen ruim één jaar later onverminderd is blijven bestaan. Het aantal personen dat korter dan 1 jaar in het ziekenhuis was opgenomen bleef op alle afdelingen vrijwel ongewijzigd. Op alle A-afdelingen was minder dan de helft van de patiënten uit april '74 nog aanwezig en op twee van de afdelingen zelfs geen enkele. Op elk van de B-afdelingen was de meerderheid van het bestand van april '74 nog steeds opgenomen. Afdeling B I behield de reeds eerder gesignaleerde dubbelfunctie: in meerderheid chronische bedden met weinig ontslag en daarnaast ongeveer een kwart van de bedden met afwisselende gebruikers. Maar ook hier was het beeld in overeenstemming met de toestand van een jaar tevoren. Al met al was er voor ons geen reden om het gekozen onderscheid aan te passen of te laten varen. Tenslotte leek het ons wenselijk om een aantal kenmerken van de patiënten op de verschillende afdelingen te vergelijken met die van de psychiatrische ziekenhuisbevolking in de vier instellingen samen en in de psychiatrische ziekenhuizen in heel Nederland. Wij kozen als kenmerken de leeftijd, de verblijfsduur en de diagnose. In de volgende diagrammen is een relatieve frequentieverdeling voor elk van deze kenmerken gegeven, zowel voor mannelijke als vrouwelijke patiënten.

Het totale patiëntenbestand in de 39 geregistreerde instituten, gemeten op 31 december, vertoont (zoals ook tabel 1.5.1 liet zien) een daling van enkele procenten per jaar. Het aantal personen, dat korter dan 2 jaar is opgenomen, neemt relatief toe, maar het aantal langblijvers (langer dan 10 jaar) neemt relatief niet af. De groep mensen die tussen 2 en 10 jaar zijn opgenomen, wordt evenwel steeds kleiner. Het ziet er naar uit dat steeds minder mensen chronisch worden in die zin, dat zij langer dan 2 jaar opgenomen blijven. Er zijn echter nog zo veel chronische patiënten over, dat een drastische daling van het aantal langblijvers in het bestand uitblijft. Bovendien moeten wij opmerken dat de inrichtingsbevolking misschien wel vermindert, maar waarschijnlijk niet het aantal patiënten; die gaan wellicht naar oorden voor geestelijke gestoorde bejaarden, sluis-internaten etc. Het noorden stak ultimo '69 in chroniciteit ongunstig af tegenover de landelijke cijfers, al blijkt uit recente gegevens dat daar een soortgelijke geleidelijke verandering plaatsvindt. In tegenstelling tot de rest van het land kent het noorden bij de langblijvers een overmaat aan vrouwelijke patiënten.

Deze figuur vertoont overeenkomsten met de vorige diagrammen: het Nederlandse bestand veranderde van 1969 tot 1973 slechts minimaal van samenstelling. Er lijken relatief meer oudere vrouwen in het bestand te komen. Overigens zijn er overal meer bejaarde vrouwen dan mannen, hetgeen ons gezien de bevolkingsopbouw en levensverwachting voor mannen en vrouwen niet hoeft te verwonderen. De gegevens voor de vier noordelijke ziekenhuizen wijken nauwelijks af van de landelijke. Het bestand op de B-afdelingen vertoont een grote overeenkomst met dat van de ziekenhuizen (zowel de noordelijke als de landelijke groep). De A-af-



Figuur 4.3.3. Verblifsduur. Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.

Bestand A -afd.

april '74

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 57

♀ 115

Bestand B -afd.

april '74

|       |       |      |
|-------|-------|------|
| 25-44 | 45-64 | > 65 |
| 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 23

♀ 179

Groningen/Drenthe

ult. '69 (4 P.I.)

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 1380

♀ 1505

Nederland ult. '69

(39 P.I.)

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 12865

♀ 13579

Nederland ult.'71

(39 P.I.)

|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 12479

♀ 13206

Nederland ult.'73

(39 P.I.)

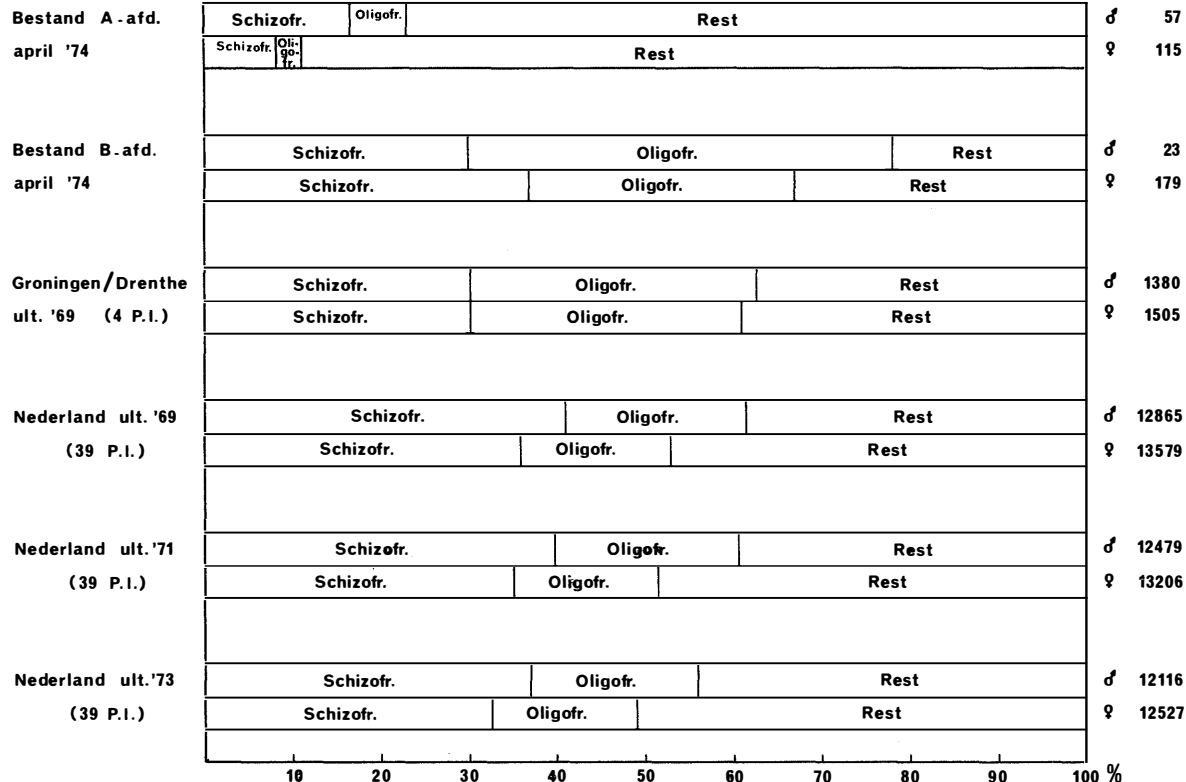
|      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |
| < 25 | 25-44 | 45-64 | > 65 |

♂ 12116

♀ 12527

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Figuur 4.3.4. Leeftijd, Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.



Figuur 4.3.5. Diagnose. Procentuele verdeling van de op één tijdstip aanwezige patiënten.

delingen vertonen een geheel andere leeftijdsopbouw. Wij gingen al in op het vrijwel ontbreken van bejaarde patiënten op deze afdelingen.

De figuren 4.3.3 en 4.3.4 zijn louter ter illustratie opgenomen. Het was immers reeds op voorhand duidelijk dat de doorsnee patiënt in een Nederlands psychiatrisch ziekenhuis een chronische patiënt is die op een B-afdeling verblijft. Ook figuur 4.3.5 adstrueert dit.

In deze figuur is de trend wat duidelijker. Wij vinden een geleidelijke vermindering van het aantal schizofrene en oligofrene patiënten in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen. In 1969 waren dat 5299 mannen en 4984 vrouwen met de diagnose schizofrenie en 2748 mannen en 2383 vrouwen met de diagnose oligofrenie. In 1973 waren deze cijfers voor schizofrenie 4507 mannen en 4093 vrouwen en voor oligofrenie 2286 mannen en 2063 vrouwen. In Groningen en Drenthe telt het bestand relatief de meeste oligofrenen, terwijl op de B-afdelingen de overige diagnoses (Rest) zelfs maar een kleine groep vormen. Op de A-afdelingen tenslotte zijn schizofrenie en oligofrenie zeldzaam. Talrijke oorzaken zouden hierbij een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld:

1. Minder bedden in zwakzinnigeninrichtingen in het noorden houden de afvloeiing van oligofrene patiënten daar tegen.
2. De diagnose schizofrenie wordt (om verschillende redenen) minder vaak gesteld dan vroeger.
3. Een verbetering van de behandelingsmogelijkheden maakt dat minder schizofrene patiënten chronisch worden.
4. Het indicatiegebied voor opnemingen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt ruimer, waardoor de diagnostische restgroep toeneemt.
5. Er zijn nog tal van andere verklaringen te bedenken voor de diagnostische verschuivingen in onze psychiatrische instellingen. We hebben eventuele veranderingen in het vóórkomen van sommige ziektebeelden angstvallig buiten beschouwing gelaten. Uitspraken hierover liggen op het terrein van de epidemiologie en vergen een andersgerichte studie dan deze. Toch is het nauwgezet volgen van de ontwikkelingen in de beweging van de patiëntenstroom dóór de psychiatrische ziekenhuizen eveneens van het grootste belang voor de planning in de geestelijke gezondheidszorg.

Aan de hand van de volgende tabel kunnen wij nog iets meer zeggen over het verband tussen de verblijfsduur en de diagnose (tabel 4.3.6.).

Opvallend is in deze tabel opnieuw de discrepantie in het voorkomen van schizofrenie en oligofrenie tussen de opnameafdelingen en de chronische afdelingen. Van alle mensen in Nederland die langer dan 2 jaar zijn opgenomen (kolom 4) valt 68,7% binnen een van deze beide diagnoses (idem 68,3% van de patiënten op de B-afdelingen). Andere verschillen zijn: een derde van de patiënten op de A-afdelingen heeft als diagnose 'neurose', een even groot gedeelte valt onder de diagnose 'overige psychosen'. Wel-

*Tabel 4.3.6. Verdeling naar diagnose van het patiëntenbestand in de groep A-afdelingen en de groep B-afdelingen (april 1974) en in de groep van 39 psychiatrische instituten in Nederland (31-12-1973).*

|                    | 4 A-afd. |       | 4 B-afd. |       | Nederland<br>31-12-1973 |       | Nederland<br>31-12-1973<br>verbl. duur $\geq$ 2 jr. |       |
|--------------------|----------|-------|----------|-------|-------------------------|-------|---|-------|
|                    | n        | %     | n        | %     | n                       | %     | n   | %     |
| Dementie           | 1        | 0,6   | 0        | 0     | 1623                    | 6,6   | 731   | 4,4   |
| Schizofrenie       | 18       | 10,5  | 74       | 36,6  | 8600                    | 34,9  | 7274  | 44,3  |
| Overige psychosen  | 57       | 33,1  | 22       | 10,9  | 4586                    | 18,6  | 1806  | 11,0  |
| Neurosen           | 58       | 33,7  | 10       | 5,0   | 1420                    | 5,8   | 322   | 2,0   |
| Persoonl. stoorn.  | 12       | 7,0   | 15       | 7,4   | 1109                    | 4,5   | 537   | 3,3   |
| Verslavingen       | 8        | 4,7   | 1        | 0,5   | 885                     | 3,6   | 209   | 1,3   |
| Oligofrenie        | 7        | 4,1   | 64       | 31,7  | 4349                    | 17,6  | 4008  | 24,4  |
| Overige toestanden | 11       | 6,3   | 16       | 7,9   | 2071                    | 8,4   | 1540  | 9,4   |
| Totaal             | 172      | 100,0 | 202      | 100,0 | 24643                   | 100,0 | 16427   | 100,0 |

licht bevinden zich in deze laatste groep een aantal personen, die vroeger de diagnose schizofrenie zouden hebben gekregen.\*

Belangrijk blijft verder de vraag welk verband er bestaat tussen de diagnose en de kans op ontslag, zowel op korte als op langere termijn. Deze vraag kan alleen door middel van een longitudinale (cohort)studie worden beantwoord.

Tenslotte nog een enkele opmerking over dementie. Deze diagnosegroep komt in ons onderzoeksmateriaal niet voor. Wij stelden al bij de bespreking van de leeftijdsopbouw dat dit waarschijnlijk te danken is aan de categoriaal georganiseerde opvang van psychogeriatrische problematiek in het Noorden en onze wijze van selecteren van de vier B-afdelingen. De

\* Hoe weinig eensgezind de psychiaters zijn in het stellen van de diagnose schizofrenie, toonden Cooper en Kendell aan in hun studie over diagnostiek in New York en Londen (Cooper, Kendell et al. 1972) terwijl Cooper (1967) tevens een onderzoek heeft verricht naar de verschillende diagnoses die een patiënt in de loop der tijd door zijn behandelaars krijgt toebedeeld. Zijn conclusies zetten een vraagteken bij de zin van de psychiatrische diagnostiek in de klassieke, etiketterende vorm. Kendell (1973) echter liet ook zien dat verschillen in diagnostiek veel geringer zijn tussen psychiaters met dezelfde opleiding. Rooymans (1969) tenslotte wees op de belangrijke rol van vooroordelen bij het tot stand komen van diagnoses.



oude patiënten, die wij op de B-afdelingen aantreffen, zullen dan ook eerder bejaard geworden patiënten zijn dan psychisch gestoorde bejaarden in de gebruikelijke zin. Dit betekent niet, dat er geen demente patiënten meer te vinden zijn in de psychiatrische ziekenhuizen, maar wel dat ze door een categorale aanpak op speciale afdelingen terechtkomen.

#### 4.4. AFDELINGSKARAKTERISTIEKEN; EEN SCHETS VAN HET LEVEN OP ACHT VERSCHILLENDE AFDELINGEN

In de hierna volgende beschrijving van het leven op de acht onderzochte afdelingen zullen wij proberen ons zoveel mogelijk te verplaatsen in de situatie van iemand die daar moet verblijven. Wij kropen daarvoor in de huid van een volstrekt imaginaire patiënt. Deze persoon wordt achtereenvolgens op elk van de acht afdelingen opgenomen en beschrijft zijn of haar ervaringen telkens na een verblijf van ongeveer een maand. Het geslacht, de leeftijd en de diagnose van de patiënt worden buiten beschouwing gelaten.\* Het gaat om de indrukken die iemand opdoet tijdens een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, indrukken die in dit geval zoveel mogelijk los gezien moeten worden van de persoonlijkheid en de specifieke problematiek van die patiënt. In de praktijk komt het nooit voor, dat iemand achtereenvolgens op acht verschillende afdelingen verblijft, maar deze constructie gaf ons de mogelijkheid in de verslagen vergelijkingen te trekken tussen enkele afdelingen. De verslagen werden in de eerste persoon geschreven om het persoonlijke element van de ervaringen te accentueren en de beschrijving te verlevendigen. Een aantal onderwerpen keert in veel van de brieven terug, zoals de (ongeschreven) regels van de afdeling, de hoeveelheid privacy, het omgaan met de medepatiënten en de staf, en het dagprogramma.

*Afdeling A I.* Het is vandaag een maand geleden dat ik hier werd opgenomen. Ik zal die dag niet gemakkelijk vergeten. Toen we destijds de oprijlaan opkwamen en we dit grote gebouw met zijn sombere gevel naderden, had ik een onbestemd gevoel en moest ik ineens denken aan alle gruwelijke dingen die ik had gelezen over psychiatrische inrichtingen. Eenmaal binnen werd het er niet beter op, want ik kwam terecht op de benedenverdieping, waar de deuren op slot zijn. Dat is de regel voor alle nieuwe patiënten, zeiden ze.

Je weet niet wat het betekent om zó in je bewegingsvrijheid beperkt te worden. Je moet altijd aan iemand van de verpleging vragen of je van de afdeling af mag en zo ja, of ze dan de deur voor je willen openmaken. Die afhankelijkheid is verschrikkelijk, vooral als je bedenkt dat die deuren

\* Hoe fictief de betreffende patiënt is, blijkt onder meer uit het feit dat hij (of zij) zowel op een mannen- als op verschillende vrouwenafdelingen verblijft.

niet voor jou dicht zijn, maar voor die paar anderen, die zichzelf niet in de hand hebben. Dat maakte me vooral de eerste nachten erg angstig. Je ligt dan steeds te denken: wat gebeurt er met me als een van die anderen wild wordt of als er brand uitbreekt? Er is 's nachts wel iemand van de verpleging op de afdeling, maar die kan per slot van rekening ook niet overal tegelijk zijn.

Na een dag of wat raakte ik wel gewend aan die dichte deuren. Toen leerde ik ook de mensen op de afdeling wat beter kennen en wist ik van de meesten wel wat ik van ze kon verwachten. Ons gebouw is destijds (vóór de oorlog) met niet veel fantasie neergezet. Alle vier de afdelingen zijn bestemd voor ongeveer 25 patiënten en bestaan uit een lange rechte gang met aan weerskanten de dagverblijven en de slaapzalen. De slaapzalen zijn geen pretje; de vijf bedden staan weliswaar niet opgepropt, maar van een eigen hoekje is geen sprake. Bovendien kun je vanuit de gang naar binnen kijken. Je moet heel wat schaamtegevoel overwinnen om je samen met wildvreemde mensen aan en uit te kleden. Een plaats om geld en brieven op te bergen is er ook niet; alles wat waarde heeft kun je beter in bewaring geven. Met wassen is het al niet veel beter. De wastafels op de slaapzaal zijn niet van elkaar afgeschermd; er zijn dus vier mensen bij aanwezig als je je wast of uitkleedt. Die gezamenlijke reiniging 's morgens en 's avonds doet denken aan jeugdhoeve en campings. Een verschil is dat je daar meestal geen maanden blijft. 's Avonds kun je nog wel eens een beetje privacy vinden. We hebben hier met zijn vijf-en-twintigen een dagzaal, een eetzaal en een biljartzaal, zodat je niet altijd met z'n allen bij elkaar hoeft te zitten. Ook kun je 's avonds wel naar het ontspanningsgebouw. Gelukkig blijven we niet de hele dag op de afdeling. 's Morgens en 's middags gaan we naar de therapie, waar je binnen zekere grenzen kunt doen wat je leuk vindt. Het is een modern gebouw waar je voldoende ruimte voor jezelf hebt.

De dokter spreek ik minder vaak dan ik had gedacht. Hij praat met ieder van ons elke week even op de therapie (dat is 'de visite'), maar dan gaat het alleen om zakelijke afspraken, zoals medicijnen en verlof. Als ik hem privé wil spreken, kan ik één keer in de week afspreken voor zijn spreekuur. Dat doen overigens lang niet alle patiënten en dat is maar goed ook, want hij heeft de zorg voor 35 man. Verder hebben we één keer in de week een massabijeenkomst met alle patiënten en stafleden van onze afdeling. We zijn dan met een kleine 40 mensen bij elkaar. De verpleging is echt niet al te bezig en ze proberen je voortdurend te activeren. Dat is ook wel nodig, want er zijn steeds weer patiënten die zelf tot niks komen; het is net of ze hebben besloten dat anderen voortaan alles maar voor ze moeten doen. Van verschillende mensen zou je denken dat ze zich erbij neergelegd hebben dat ze nooit meer naar huis gaan. Dat is natuurlijk niet waar, want gemiddeld blijf je hier maar een maand of drie, zodat ik nu al weer aardig op weg ben. Volgende week ga ik naar de open afdeling; dat lijkt me een hele vooruitgang, al zijn de voorzienin-

gen daar nauwelijks beter dan hier beneden. Maar dan kan ik tenminste naar buiten als het me op de afdeling teveel benauwt zonder te hoeven zeggen waarom.

*Afdeling A II.* Toen ik een maand geleden over deze afdeling werd rondgeleid vielen mij allereerst twee dingen op: de deuren stonden open en er waren alleen vrouwelijke patiënten. Dit zijn twee opmerkelijke verschillen met afdeling A I waar ik hiervóór verbleef. Ik vraag me af waarom deze afdeling niet gesloten is. Er zijn hier toch ook ernstig zieke mensen; de twee separeerkamers zijn vrijwel permanent in gebruik.

De afdeling als geheel maakt geen ouderwetse indruk, maar modern is het hier nou ook weer niet. Je kunt wel merken dat een paar vertrekken niet lang geleden verbouwd zijn en opnieuw werden ingericht. De afdeling bestaat uit twee gedeelten. Het voorste deel is ongeveer twee keer zo groot als het achterste. Ik trof het niet, want ik kwam achter terecht op een van de slaapzalen. Dat betekent: slapen en aan- en uitkleden met vijf andere vrouwen en wassen op de slaapzaal aan een van de twee wastafels. Verder delen we met zijn vijftien één dagverblijf waar we ook eten. Mijn kleren moest ik opbergen in de garderobekamer, maar gelukkig kreeg ik daar een kast, die ik kan afsluiten. De dames vóór liggen ook bijna allemaal op slaapzalen maar zij hebben daar vier dagverblijven, waardoor ze ook wel eens alleen kunnen zijn; dat lijkt me een groot voordeel. Slechts vijf geluksvogels hebben een éénpersoonskamer gekregen. Zij kunnen wat eigen spulletjes neerzetten en zich daardoor een beetje thuis voelen.

Wij patiënten worden hier actief aangepakt. Als regel worden we ingedeeld in een groep van zes vrouwen, van ongeveer dezelfde leeftijd en met ongeveer dezelfde problemen. Elke groep heeft een paar vaste begeleiders van het personeel. We doen met de groep overdag allerlei dingen samen, zoals het bezoeken van de therapie in een nieuw gebouw vlak bij onze afdeling. Daar treffen we ook de patiënten van de mannenafdeling. Ook hier houden ze elke week een doktersvisite en daarnaast kunnen we inschrijven voor zijn spreekuur. De dokter heeft zo'n 15 tot 20 patiënten, wat wel minder is dan op A I. Er is ook een psycholoog, die zich vooral met de groepstherapie bezighoudt. Als je het treft met je groep (want je mag niet kiezen) heb je toch een kringetje op de afdeling. Je hebt hier niet veel kans je aan de behandeling te onttrekken en in drie maanden zijn de meesten van ons weer thuis.

*Afdeling A III.* Ik herinner me nog goed dat ik hier aankwam. Ik moest eerst door een paar gangen voordat ik bij de toegangsdeur van de afdeling kwam, die pas na aanbellen werd opengedaan. Want het is hier een gesloten afdeling waar ruim twintig mannelijke patiënten zijn opgenomen. De helft van hen zijn oudgedienden, de meeste anderen zijn hier pas een paar maanden. Veel van de mannen hebben het moeilijk gehad in de maat-

schappij. Drankproblemen en agressief gedrag hebben hen hier gebracht. Bijna de helft is niet vrijwillig opgenomen.

De afdeling maakt niet zo'n huiselijke indruk, dit ondanks de grote ontspanningszaal waar je kunt kaarten, tafeltennissen of biljarten. Als nieuwkomer heb je het niet zo gemakkelijk. Bovendien had ik de grootste kans om terecht te komen op de slaapzaal, die ik deel met elf andere mannen. Ik was me tegelijkertijd met drie anderen. Mijn kleren hangen in de garderobe, maar ik heb een klein afsluitbaar kastje voor wat privé-zaken. Op de vijf twee-persoons kamers is de privacy een stuk groter, maar het zal niet meevallen er een plaatsje te bemachtigen.

De patiënten zijn in twee groepen verdeeld. Elke groep heeft zijn eigen eetzaaltje en zijn eigen verplegers. Er zijn veel verplegers op de afdeling, ook 's nachts zijn er altijd twee, maar de dokter kreeg ik alleen te zien bij opname. Verder komt hij bij moeilijkheden of als er iemand ziek is. Overdag gaan we naar de arbeidstherapie elders op het terrein. Voor mijn vrijheden: wandelen buiten of avondpermissie tot 9 uur ben ik afhankelijk van de verpleging. Ik benijd ze trouwens niet; het lijkt me niet gemakkelijk om hier te werken. Het ziekenhuis zal z'n personeel ook wel selecteren, denk ik. Er komt weinig bezoek op de afdeling. Veel van m'n medepatiënten hebben nauwelijks meer banden met de maatschappij, maar gelukkig heb ik het beter getroffen dan de meeste oudgedienden hier.

*Afdeling A IV:* Toen ik hier vorige maand arriveerde kon ik mijn ogen nauwelijks geloven. Na wat ik elders had ervaren verwachtte ik niet in dit ziekenhuis zo'n moderne afdeling aan te treffen. Je merkt hier duidelijk dat er de laatste jaren veel is veranderd in de psychiatrie; de veranderde ideeën over patiëntenzorg zijn in de bouw van deze afdeling verwerkt. Ze hebben de nadruk gelegd op de zelfstandigheid van de patiënten, de verzorging is tot het minimum beperkt. Er is hier plaats voor 23 patiënten, mannen en vrouwen, die zijn ondergebracht in twee- en vierpersoons kamers. Al onze kamers worden door een halletje gescheiden van de gang. In het halletje zijn onze wastafels, en de deuren naar de w.c.'s. Ik deel een wastafel en een w.c. met één andere patiënt. Omdat de wand naar de gang van glas is staat er een scherm voor de wastafels zodat je niet te kijk staat. Verder zijn er twee badkamers voor de mannen en vrouwen afzonderlijk. We houden de badkamers zelf schoon. We hebben hier twee dagverblijven, waar we ook eten. Vroeger zaten de mannen en vrouwen apart, maar daarvan is nu geen sprake meer.

Overdag gaan we naar het (ook nieuwe) therapiepaviljoen vlak naast ons gebouw. Behalve de ruimtes voor de verschillende vormen van bezigheids-therapie is er daar ook een recreatiezaaltje met een biljart en luie stoelen. We zijn op de therapie meestal in groepjes van 6 à 8 patiënten bezig. Er is ruimte en gelegenheid genoeg om wat voor jezelf te doen. Ook met je bezoek kun je apart gaan zitten. Dat was op de andere afdelingen (A I en

A II) in principe ook wel mogelijk, maar praktisch niet uitvoerbaar omdat er daar veel meer patiënten waren en dus als regel ook meer bezoek op hetzelfde tijdstip.

We hebben hier twee doktoren, die elk zo'n 10 patiënten behandelen, want de afdeling is meestal niet helemaal vol. Ik heb elke week minstens één gesprek van een half uur met de dokter en soms meer; er is ook wekelijks een spreekuur voor het bezoek. Als ik deze plaats vergelijk met de andere afdelingen vind ik het opvallend dat er zoveel aan je wordt overgelaten. Dat doen ze kennelijk met opzet want er is hier veel persoonlijk.

Er zijn maar een paar patiënten die langer dan een half jaar blijven en ik schat dat driekwart van de mensen van hieruit weer naar huis gaat. Ik kan niet zeggen dat mijn medepatiënten nou zo duidelijk verschillen van die op de andere afdelingen; wat me al eerder opviel was dat er in alle afdelingen waar ik tot dusverre geweest ben nogal veel mensen over zelfmoord praatten.

*Afdeling B I:* De eerste indrukken die ik opdeed kwamen niet helemaal overeen met het beeld wat ik me had gevormd van een chronisch paviljoen. Het paviljoen was een gebouw uit de dertiger jaren, dat er niet onvriendelijk uitzag en dat midden op het terrein van het ziekenhuis lag. Zo van buiten waren er geen verschillen met sommige opnameafdelingen te ontdekken. De deuren waren open. Binnen werd het echter snel anders.

Als nieuw opgenomen patiënt kwam ik terecht op de observatiezaal. Dit is een grote rechthoekige zaal met twee serres. In de zaal staan 19 ziekenhuisbedden opgesteld; door de rechte vorm van de zaal kan ik vanuit mijn bed alle 18 andere bedden zien. Wel zijn er schermen aanwezig om eventueel iemand tijdelijk wat meer privacy te gunnen. De twee serres doen dienst als eetkamer en dagverblijf, elk voor ongeveer 10 patiënten. Veel ruimte hebben we er niet en de verbinding met de slaapzaal is open.

Behalve onze zaal zijn er nog drie grote dagverblijven beneden. De mensen van de verschillende dagverblijven, samen zo'n 80 vrouwen, komen maar weinig met elkaar in contact. Daarom vormen wij ook een beetje een bijzonder groepje. Wij zijn met z'n tien gemiddeld nog maar een paar maanden hier, terwijl in de andere dagzalen de meeste 'chronische' vrouwen verblijven. De mensen van de andere dagzalen slapen trouwens boven, de meerderheid in een van de twee slaapzalen, met respectievelijk 23 en 15 bedden. Ongeveer een kwart van de bewoonsters slaapt in een twee- of een vierpersoonskamer en een stuk of acht hebben een eigen kamertje gekregen. We wassen ons in een gezamenlijke wasruimte; hier zijn vijf douches en vijf wasbakken. Er is geen afscherming, maar veel schaamtegevoel had ik toch al niet meer. Boven is het trouwens nog minder aantrekkelijk; daar wassen ze zich soms met z'n achten tegelijk. Alleen de kleinere kamers hebben een eigen wastafel. Dat scheelt natuur-

lijk enorm. Ik probeer me in te denken hoe het zou zijn om jarenlang te moeten slapen, je te wassen en je aan- en uit te kleden met zoveel mensen om je heen. Het lijkt me geen pretje. De andere dagzalen zijn veel groter dan onze serres. Ze hebben daar een apart zit- en eetgedeelte. Veel van de patiënten hebben een vaste plaats waar ze altijd zitten, als ik toevallig langskom. Ik merk niet, dat ze veel met elkaar praten; dat is bij ons wel anders. Maar misschien komt dat omdat er bij hen haast nooit iemand bijkomt of weggaat.

's Morgens en 's middags gaan we naar de therapie. Voor ieder van ons is een individueel therapieschema vastgesteld. We gaan daarvoor naar een van de algemene therapiegebouwen. Ze vinden de therapie hier erg belangrijk. Het is te merken dat de verpleging en de therapeuten vaak met elkaar overleggen. 's Avonds kunnen we tot 9 uur naar het ontspanningsgebouw. We mogen ook zonder begeleiding over het terrein wandelen; veel restricties zijn er niet. We hebben een grote afdeling en daarom is er ook nogal wat verpleging. Er zijn steeds nieuwe gezichten, maar er zijn er ook altijd een paar waar je eigenlijk steeds mee te maken hebt en die je daardoor ook wat beter leert kennen.

De dokter komt één keer in de 14 dagen langs op de therapie, maar als ik hem wil spreken kan ik altijd een afspraak met hem maken. Hij is overigens meestal maar alleen voor de hele afdeling van 80 à 90 patiënten. Alles bij elkaar is het hier niet onprettig, maar de privacy is uiterst gering. Ook vind ik het gek dat er in één afdeling patiënten zitten, die zo verschillend zijn. Het lijkt er op dat we hier drie afdelingen hebben in plaats van één.

*Afdeling B II:* Ditmaal was de overgang naar mijn nieuwe verblijf aanvankelijk nauwelijks merkbaar. Het paviljoen is kleiner en wat meer afgelegen, maar toch in veel opzichten te vergelijken met B I. Ook hier zijn alleen vrouwelijke patiënten, een veertigtal, en voornamelijk vrouwelijk personeel. De afdeling is open, maar als je door de voordeur naar binnen wilt moet je bellen. Het gebouw is van voor de oorlog. Sindsdien is er wel zo nu en dan wat opgeknapt, maar niet ingrijpend veranderd. Beneden zijn er twee dagverblijven, waar we naar keuze kunnen gaan zitten; er is geen onderverdeling van de afdeling. Toch zie je altijd dezelfde gezichten op dezelfde plaats. In het grote dagverblijf wordt altijd veel gepraat terwijl de stillere mensen zich meestal in het kleine zaaltje terugtrekken. Boven zijn nog twee kamers, waarvan er één overdag als therapieruimte wordt gebruikt. Als je wilt kun je daar 's avonds wel zitten, maar niet veel mensen doen dat. Met slapen en wassen is het hier net zo als elders. De meesten van ons hebben een bed op een van de drie slaapzalen, waar je met z'n achten ligt. Wassen doe je daar aan een van de vier wastafels. De patiënten die terecht komen op een van de zes eenpersoons- of een van de vijf tweepersoons kamers hebben veel meer privacy. Sommigen hebben hun kamer helemaal zelf ingericht, zelfs met radio en televisie. Zij

hebben ook een eigen wastafel op de kamer. Verder zijn er twee douches en een badkamer voor algemeen gebruik.

We gaan alle weekdays naar het centrale therapiegebouw en één avond in de week naar het vormingscentrum. Een groepje ouderen krijgt overdag bezigheids therapie op de afdeling. Verder zitten we 's avonds meestal in het dagverblijf. Je kunt televisie kijken, maar de meeste mensen hebben daar geen aandacht voor. Een enkeling gaat zelf boodschappen doen in het dorp, maar alle anderen verlaten de afdeling alleen als er iets wordt georganiseerd.

Bijna alle patiënten hier zijn al heel lang opgenomen en er wordt eigenlijk nooit iemand ontslagen. De enige wisselingen komen door overlijden of overplaatsingen binnen het ziekenhuis. Er komt hier ook maar weinig bezoek. Meer dan de helft van mijn medepatiënten krijgt zelfs nooit meer bezoek, maar je moet rekenen dat de helft van hen hier al meer dan 20 jaar woont en sommigen nog veel langer. De dokter komt elke week een keer langs op de arbeidstherapie, maar verder zie ik hem haast nooit op de afdeling. Als ik hem wil spreken kan ik wel een afspraak met hem maken. We zijn allemaal vrijwillig opgenomen en ik weet zeker dat behalve ik bijna niemand hier weg wil.

*Afdeling B III:* Toen ik hier arriveerde had ik even het gevoel dat er een vergissing was gemaakt en dat ik terecht was gekomen in een of ander duur verpleeghuis in plaats van in een chronisch psychiatrisch paviljoen. Deze afdeling is een paar jaar geleden zo ingrijpend veranderd, dat het verschil met de andere afdelingen bijna schokkend overkomt. Hier vind je geen slaapzalen, maar alleen twee- en vierpersoons kamers. Alle kamers hebben eigen wastafels en iedere patiënt heeft op zijn slaapkamer een eigen kast. De inrichting is smaakvol, modern en compleet; er is vaste vloerbedekking en drempels zijn weggelaten terwille van rolstoelpatiënten. Er is één eetzaal voor alle 32 patiënten. Het is een gemengde afdeling, maar de mannen zijn in de meerderheid. In de eetzaal staat het t.v.-toestel, maar dat staat niet elke avond aan. Verder zijn er twee dagverblijven met luie stoelen. Er zijn verschillende zitjes zodat je ook eens iets voor jezelf kunt doen.

Elke patiënt hoort in principe thuis in een van de dagverblijven. Er bestaat een zekere selectie; de meer verzorgingsbehoeftige patiënten worden bij elkaar geplaatst. Overigens komt er maar zelden iemand bij, hooguit een- of tweemaal per jaar. Je kunt niet zeggen dat de mensen hier nou zo verschillen van de mensen die ik op de andere afdelingen ontmoette. Ook zijn ze allemaal al heel lang opgenomen. Toch ademt deze afdeling een andere sfeer. Ik heb het gevoel dat de goede voorzieningen en de grotere privacy een belangrijke invloed op de bewoners moeten hebben, maar of ze dat zelf ook zo ervaren is de vraag. Voor wie van buiten komt, zoals ik, zijn de verschillen tussen de afdelingen enorm, maar hoe is dat als je lange tijd niet anders gewend bent? Ook vind ik een gemengde afdeling

veel natuurlijker dan een afdeling met louter vrouwen of mannen. Zou dat elders nou ook niet kunnen?

Van behandeling is op deze afdeling geen sprake meer. De meeste mensen gaan overdag wel naar de therapie, maar dat gebeurt om ze actief te houden. 's Avonds gaan we naar het ontspanningsgebouw of doen we een spelletje op de afdeling. De deur is tot half elf 's avonds open en we kunnen onszelf aardig redden. De dokter komt alleen bij ziekte; er is een aparte ziekenkamer dicht bij het dienstvertrek van de verpleging. 's Nachts zijn er altijd twee verpleegkundigen in huis.

*Afdeling B IV:* De afdeling waar ik nu tenslotte terecht ben gekomen heeft iets heel apart. Dat komt volgens mij zowel door de patiënten als door het gebouw waar we wonen. Dat laatste is namelijk stokoud en ook al is het niet zo lang geleden van binnen opgeknapt, de sfeer van de oude inrichting is er blijven hangen. Die sfeer merk je het beste in de slaapzalen en de wasruimten. In deze drie slaapzalen verblijven in totaal dertig vrouwelijke patiënten; de ruimte tussen de bedden is net groot genoeg om er een stoel tussen te zetten. Als we privé-spuulletjes op willen bergen kunnen we ons eigen kastje op de gang gebruiken; daar hebben we ook zelf een sleutel van. Onze kleren hangen op zolder in de garderobe. Om ons te wassen moeten we over de gang naar de was- en toiletruimte. Daar staan drie wastafels naast elkaar, die alleen een koudwaterkraan hebben. Als je warm water wilt gebruiken moet je naar een van de twee douches of naar de badkamer. Maar omdat we hier met ruim 50 vrouwen zijn heb je daar niet altijd de gelegenheid voor.

In tegenstelling tot deze sobere voorzieningen zijn de dagverblijven ineens veel gezelliger. Er zijn vijf van die dagverblijven, die je beter huiskamers zou kunnen noemen. De tien patiënten, die in zo'n kamer thuishoren beschouwen die kamer als een eigen domein, waar andere patiënten min of meer worden geweerd. Elk groepje vormt zo'n beetje een gezin; de gezinsleden bemoeien zich heel intensief met elkaar. Dit valt me hier veel duidelijker op dan op de andere afdelingen. Dat komt, denk ik, ook wel door de aard van de patiënten die hier zitten. De meesten lijken me niet zozeer gestoord als wel achterlijk en ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat ze hier alleen maar zijn omdat er destijds geen andere plek was waar ze terecht konden. En nu zijn ze er al zovele tientallen jaren dat niemand (en zeker zichzelf niet) kan zeggen waar ze beter zouden kunnen zijn.

We gaan wel bijna allemaal naar de therapie, maar dat is meer om bezig te zijn. Er is hier ook minder verpleging dan op de andere afdelingen, overdag vaak maar drie of vier en 's nachts één. Maar ze zijn zonder uitzondering erg vriendelijk; een beetje zoals je van een oudere broer of zuster zou verwachten. De dokter komt eigenlijk alleen bij ons als het nodig is; hij komt wel elke week een keer in huis om met de verpleging te overleggen.



Terugkijkend op mijn verblijf in de acht afdelingen voel ik me geroepen een paar opmerkingen te maken. Je hoort nogal eens spreken over het autoritaire en onderdrukkende systeem van de 'inrichtingen'. Voorzover ik met mijn ervaring daarover kan oordelen is dat baarlijke nonsens. Integendeel, in het algemeen probeert de verpleging zoveel mogelijk de onafhankelijkheid en zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen. Je moet je wel erg apart gedragen (dat wil bijna altijd zeggen flink agressief) wil de verpleging op zijn strepen gaan staan. Je hebt eerder het gevoel dat de patiënten de staf als het ware uitnodigen om de leiding te nemen. Op sommige (vooral de chronische) afdelingen was naar mijn gevoel erg weinig personeel. De dokter is een zeldzame verschijning en de verpleging moet het maar uitzoeken. Ze houden de zaak drijvende, maar zijn met te weinig om alle patiënten steeds te blijven aansporen.

Verder waren de tegenstellingen in de afdelingsvoorzieningen enorm. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat het volslagen gebrek aan privacy, zoals ik dat op verschillende afdelingen aantrof, een negatief effect moet hebben op de meeste patiënten. In elk geval zijn mijn indrukken van de afdelingen (terecht of ten onrechte?) gekleurd door de opzet en de inrichting, die naar mijn gevoel de sfeer op die afdelingen voor een belangrijk deel mede bepalen.

Tenslotte nog iets over mijn medepatiënten. Bijna niemand van hen zou ik griezelig of gevaarlijk willen noemen. Naarmate je iets verder kijkt dan de eerste indruk valt je bij bijna allemaal de sterke eenzaamheid op. Na tien jaar op een slaapzaal kun je nog volstrekt geïsoleerd zijn; dat is een trieste gewaarwording. Om die situatie te veranderen hebben ze denk ik meer nodig dan een stel enthousiaste en goedwillende verpleegsters.

#### 4.5. DE MATERIËLE EN PERSONELE VOORZIENINGEN: HET ONDERSCHIED TUSSEN DE AFDELINGEN

De impressies van het leven op de afdelingen lieten zien, dat elke leefgemeenschap van patiënten en personeel in zekere zin een eigen karakter heeft. Dit karakter wordt bepaald door de mensen, die er wonen en werken, door hun onderlinge relaties, maar ook door de entourage waarin deze interacties plaatsvinden. In 4.3 werden de patiënten van de A- en B-afdelingen vergeleken. Nu willen wij aandacht besteden aan de verschillen in de stafbezetting en (om te beginnen) de materiële voorzieningen van de A- en B-afdelingen. Uit de afdelingskarakteristieken kwamen grote verschillen naar voren in de kwaliteit van de materiële voorzieningen van de verschillende afdelingen. Met behulp van de volgende tabel willen we proberen enkele van deze verschillen te kwantificeren.

De tegenstellingen tussen de verschillende afdelingen komen vooral naar voren op het punt van de slaapaccommodatie. Er is niet veel verschil tussen de groep A-afdelingen en de groep B-afdelingen, hoewel deze laat-

Tabel 4.5.1. Enkele materiële voorzieningen van de geselecteerde A- en B-afdelingen (april 1974).

| Afd.  | Bedden | Slaapaccommodatie                        |  |   |        | Sanitair<br>aantal per 100 bedden |                     |           | Woonruimten |                             |
|-------|--------|--|--|---|--------|-----------------------------------|---------------------|-----------|-------------|-----------------------------|
|       |        | %<br>Bedden op<br>1 en 2 pers.<br>kamers | %<br>Bedden op<br>3 en 4 pers.<br>kamers | %<br>Bedden op<br>slaapzalen<br>5 en meer pers. | Totaal | Douches<br>en Baden               | Patiënten<br>w.c.'s | Wastafels | Aantal      | Aantal<br>per 100<br>bedden |
| A I   | 99     | 32                                       | 0  | 68  | 100    | 10                                | 16                  | 32        | 8           | 8                           |
| A II  | 43     | 12                                       | 0  | 88  | 100    | 12                                | 16                  | 26        | 5           | 12                          |
| A III | 23     | 48                                       | 0  | 52  | 100    | 9                                 | 22                  | 43        | 3           | 12                          |
| A IV  | 23     | 17                                       | 83                                       | 0   | 100    | 17                                | 57                  | 48        | 2           | 8                           |
| A     | 188    | 28                                       | 10                                       | 62  | 100    | 11                                | 22                  | 34        |             | 10                          |
|       |        |  |  |   |        |                                   |                     |           |             |                             |
| B I   | 90     | 24                                       | 22                                       | 53  | 99     | 11                                | 20                  | 44        | 6           | 7                           |
| B II  | 38     | 37                                       | 0  | 63  | 100    | 8                                 | 18                  | 63        | 3           | 8                           |
| B III | 32     | 38                                       | 63                                       | 0   | 101    | 6                                 | 18                  | 53        | 3           | 9                           |
| B IV  | 54     | 18                                       | 29                                       | 54  | 101    | 6                                 | 22                  | 26 *      | 5           | 9                           |
| B     | 214    | 32                                       | 21                                       | 47  | 100    | 8                                 | 20                  | 44        |             | 8                           |

\* Slechts 4 wastafels met warm water per 100 bedden.

sten wat minder bedden op grote slaapzalen hebben. Het meest sprekend is de discrepantie tussen de twee moderne afdelingen, A IV en B III, en de overigen. Deze twee afdelingen hebben geen kamers voor meer dan 4 personen, terwijl alle andere afdelingen méér dan de helft van hun patiënten op kamers (of zalen) met meer dan 4 personen herbergen. Het is nauwelijks voorstelbaar dat heden ten dage zulke grote slaapvertrekken enig therapeutisch doel beogen. We nemen dan ook aan dat de slaapzalen uit louter economische motieven worden gehandhaafd. Voor de meeste psychiatrische patiënten zal het gebruik van een éénpersoonskamer eerder wenselijk dan noodzakelijk zijn. En wanneer men chronische patiënten wil resocialiseren, kan het zeker zo wenselijk zijn om enkele patiënten een kamer te laten delen. Maar naar onze mening is er slechts een ongunstig effect te verwachten van het gebrek aan privacy dat onvermijdelijk is wanneer méér dan drie of vier personen gedurende langere tijd een slaapvertrek moeten delen. Dit geldt dan ook in versterkte mate voor de grote slaapzalen op de B-afdelingen.

Het Psychiatrisch Centrum St. Bavo enquêteerde de eigen chronische patiënten over hun huisvestingssituatie. Men vond een significant verband tussen de mate waarin de huisvesting bevalt en met hoeveel personen de slaapkamer/zaal wordt gedeeld, in die zin dat patiënten met mindere kamergenoten meer tevreden waren. Van dezelfde groep patiënten wilde 66% het liefst een eenpersoonkamer, 17% een kamer met enkele anderen en 12% een bed op een slaapzaal, (St. Bavo 1975). Het lijkt een goed uitgangspunt om voor de chronische afdelingen dezelfde maatstaven te aanvaarden zoals die gelden voor woningen buiten de instellingen. Voor de A-afdelingen, waar de meeste patiënten slechts tijdelijk verblijven, ligt een vergelijking met de accommodatie van algemene ziekenhuizen meer voor de hand. Het afdelingsklimaat, en daarmee de materiële voorzieningen, moet het herstel in geen enkel opzicht belemmeren, maar er zijn voor de patiënt die kort verblijft belangrijkere factoren, bijvoorbeeld de individuele en/of groepsgerichte therapie. Wel belangrijk lijkt het feit dat er zo'n groot verschil in privacy bestaat tussen de patiënten op dezelfde afdeling. Hierdoor is onderlinge naijver moeilijk te vermijden. Bovendien geeft het de staf een extra mogelijkheid om privileges uit te delen, waardoor de machtsverhoudingen binnen de afdeling worden geaccentueerd en een antitherapeutisch effect ontstaat (zie ook: Goffman 1958; Schwartz, 1957).

De sanitaire voorzieningen tonen in het algemeen geen grote verschillen. Hier is een probleem, dat we niet over normen beschikken hoeveel wastafels, w.c.'s en badkamers een adequaat aantal kan worden genoemd. Een wastafel delen met een ander is misschien niet onredelijk, maar met zijn drieën kan het weer net onaangenaam zijn. Evenzo is het gesteld met de andere toilet-faciliteiten. Voor honderd patiënten zijn 16 w.c.'s misschien niet veel, maar is één w.c. voor elke twee patiënten reëler? Alleen afdeling B IV valt duidelijk uit de toon; de wastafels met uitsluitend

*Tabel 4.5.2. Personeelsbestand van de geselecteerde A- en B-afdelingen (april 1974); idem in een groep van 55 psychiatrische instituten in Nederland met enkele vergelijkbare categorieën.*

|                        |               | <i>per 100 bedden in full-time equivalenten</i> |                       |                                 |                    |                                   |                       |                    |                      |
|------------------------|---------------|---|-----------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| <i>Afd.</i>            | <i>Bedden</i> | <i>Psychiaters</i>                              | <i>Overige artsen</i> | <i>Totaal medisch personeel</i> | <i>Psychologen</i> | <i>Totaal wetensch. personeel</i> | <i>Gedipl. verpl.</i> | <i>Totale staf</i> | <i>Leerl. verpl.</i> |
| A I                    | 99            | 1,0   | 2,0                   | 3,0                             | 0,6                | 3,6                               | 14                    | 17,6               | 24                   |
| A II                   | 43            | 1,4   | 2,1                   | 3,5                             | 0,9                | 4,4                               | 14                    | 18,4               | 26                   |
| A III                  | 23            | 0,4   | 0,5                   | 0,9                             | 0                  | 0,9                               | 27                    | 27,9               | 30                   |
| A IV                   | 23            | 0,9   | 7,8                   | 8,7                             | 0                  | 8,7                               | 13                    | 21,7               | 43                   |
| A                      | 188           | 1,0   | 2,6                   | 3,6                             | 0,5                | 4,1                               | 15,5                  | 19,6               | 27,7                 |
|                        |               |   |                       |                                 |                    |                                   |                       |                    |                      |
| B I                    | 90            | 1,1   | 1,1                   | 2,2                             | 0                  | 2,2                               | 11                    | 13,2               | 24                   |
| B II                   | 38            | 0,4   | 0,1                   | 0,5                             | 0                  | 0,5                               | 11                    | 11,5               | 32                   |
| B III                  | 32            | 0   | 0,3                   | 0,3                             | 0                  | 0,3                               | 13                    | 13,3               | 31                   |
| B IV                   | 54            | 0,1   | 0,5                   | 0,6                             | 0                  | 0,6                               | 12                    | 12,6               | 17                   |
| B                      | 214           | 0,7   | 0,9                   | 1,7                             | 0                  | 1,7                               | 11,5                  | 13,2               | 24,8                 |
|                        |               |   |                       |                                 |                    |                                   |                       |                    |                      |
| Nederland <sup>1</sup> |               | 0,9   | 0,6                   | 1,5                             | 0,4 <sup>2</sup>   | 1,9                               | 11,9                  | 13,8               | 20,5                 |

<sup>1</sup> Bron: N.Z.I. 1974; gemiddelde personeelsbezetting per 100 bezette bedden in 1973.

<sup>2</sup> Betreft sociaal-wetenschappelijke staf.

koud water kunnen niet meer als een adequate voorziening worden beschouwd. Tussen de A-afdelingen en de B-afdelingen bestaat evenmin een duidelijk verschil in de hoeveelheid dagverblijven per 100 bedden. De grootte van de dagverblijven varieerde nogal. Het grootste bood plaats aan 22 en het kleinste aan 8 patiënten. Geen van de afdelingen had naar verhouding veel meer of minder dagverblijven dan de overige.

In tabel 4.5.2 wordt een overzicht gegeven van de hoeveelheid personeel die (in april 1974) op elk van de afdelingen werkzaam was. Wij beperken dit overzicht tot de disciplines die het meest betrokken zijn bij de zorg voor de patiënten, namelijk de artsen, de psychologen en de verpleging. Een belangrijke categorie ontbreekt hierbij en dat is het personeel van de actieve therapieën. Zij zijn uiteraard intensief bij de behandeling betrokken, maar zijn slechts op enkele plaatsen aan een afdeling verbonden. Dit maakte het ons onmogelijk hen bij het vergelijkend onderzoek te betrekken. Overigens is het met het oog op de planning beslist gewenst, dat ook het aandeel van deze discipline(s) per afdeling wordt vastgesteld. Ditzelfde geldt misschien ook voor het huishoudelijk personeel, hoewel de relatie van deze categorie met de patiëntenzorg veel moeilijker is te expliciteren. Wanneer we eerst kijken naar het medisch personeel valt ons op, dat de A-afdelingen als groep over beduidend meer medische mankracht beschikken dan de B-afdelingen. Onderling verschillen de A- en de B-afdelingen echter ook tamelijk sterk. Wel geldt voor elk ziekenhuis afzonderlijk dat er meer artsen voor de A-bedden beschikbaar waren dan voor de B-bedden. Instelling III had op beide afdelingen de minste artsen, maar compenseerde dit op de A-afdeling door het inzetten van meer gediplomeerde verpleegkundigen.

Het volgende overzichtje geeft het totale personeelbestand weer van de klinische afdelingen van de vier ziekenhuizen; exclusief directie en polikliniek was de bezetting per 100 bedden aldus (gegevens van de ziekenhuizen zelf, april '74):

|          | <i>Artsen</i> | <i>Gedipl. verpleging</i> | <i>Leerlingen</i> |
|----------|---------------|---------------------------|-------------------|
| P.Z. I   | 2,5           | 8,2                       | 20,8              |
| P.Z. II  | 1,1           | 8,2                       | 21,5              |
| P.Z. III | 1,4           | 13,8                      | 20,6              |
| P.Z. IV  | 0,9           | 7,4                       | 12,8              |

(Opgemerkt dient te worden dat P.Z. I en II een belangrijke polikliniek-functie hadden.)

Het ziet ernaar uit dat elk ziekenhuis meer artsen naar de opnameafdelingen dirigeert, maar dat het aantal afhankelijk is van de totale hoeveelheid medici, die aan de instelling is verbonden.\* Als we constateren dat

\* Overigens is het duidelijk dat een zinvolle vergelijking met de cijfers van de Nederlandse ziekenhuizen onmogelijk is, aangezien het aandeel van het personeel, dat *niet* op de klinische afdelingen werkzaam was, totaal onbekend is gebleven. Er zijn evenwel nog enkele opmerkingen over tabel 4.5.2. te maken.

de personeelsbezetting op de A-afdelingen groter was dan op de B-afdelingen en we bedenken dat elk ziekenhuis als regel een aantal A-afdelingen en een groter aantal B-afdelingen had, kunnen we met enige voorzichtigheid de door ons gevonden cijfers vergelijken met de totaalcijfers van de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen. We zien dan dat onze vier B-afdelingen gemiddeld zelfs wat beter bezet waren dan de groep Nederlandse instellingen. Wat betreft het aantal artsen was afdeling B I een uitschieter in positieve zin, die het gemiddelde voor alle B-afdelingen vrij sterk beïnvloedde. In vergelijking tot de Nederlandse situatie stonden de meeste onderzochte afdelingen er qua hoeveelheid personeel gunstig voor; het verschil lag overigens niet zozeer bij de psychiaters maar bij de andere artsen (assistent-geneeskundigen en huisartsen) en de verpleging. Geen van de ziekenhuizen maakte gebruik van een psycholoog op de B-afdelingen; twee van de vier instellingen deden dat wel op hun A-afdeling. Een opmerkelijke bevinding was ook het ontbreken van maatschappelijk werkers, met name in de staf van de B-afdelingen. Uit het onderzoek van Ullmann (1.5) kwam immers naar voren, dat de aanwezigheid van maatschappelijk werkers op chronische afdelingen de herplaatsing van patiënten in de maatschappij bevorderde. Ook wat betreft de verpleging waren de A-afdelingen beter voorzien. De aantallen varieerden hier overigens minder dan bij de artsen. Wel geldt weer, dat elke instelling meer gediplomeerden op de A-afdeling inzette dan op de B-afdeling. Voor de leerling-verpleegkundigen bestond deze tendens niet. We moeten hierbij wel bedenken dat op alle afdelingen het aantal leerlingen voortdurend wisselt. Verschillende malen per jaar worden leerling-verpleegkundigen overgeplaatst en starten er nieuwe cursisten. Bij het natrekken van deze cijfers in de loop van het jaar waarin wij ons onderzoek verrichtten, varieerde het aantal leerlingen per afdeling enigszins. We kunnen daarom aan deze getallen niet te veel waarde hechten. Alleen het verschil bij instelling IV is frappant. Men zou geneigd zijn de personeelsverhouding tussen A IV en B IV wel zeer ongelijk te noemen; de totale bezetting per bed op A IV is meer dan het dubbele van die op B IV. In het laatste hoofdstuk zal worden ingegaan op de financiële consequenties van deze bevindingen.

Wanneer we dit overzicht van de personele en materiële voorzieningen van de 4A en de 4B-afdelingen proberen samen te vatten, kunnen we het volgende opmerken:

De A-afdelingen beschikten over veel meer wetenschappelijk personeel (vooral artsen) en meer gediplomeerde verpleegkundigen dan de B-afdelingen. Het is niet zeker of de grotere stafbezetting op de A-afdelingen werd bereikt ten nadele van die bezetting op de B-afdelingen, maar waarschijnlijk is dat wel het geval. De A-afdelingen en de B-afdelingen verschilden niet systematisch in hun materiële voorzieningen. Een tweetal moderne afdelingen was veel beter uitgerust dan de overige zes. Het

niveau van de materiële voorzieningen van deze zes afdelingen was in het algemeen niet hoog; met name de slaapaccommodatie bood in de meeste gevallen zeer weinig privacy aan de patiënten en er waren per afdeling grote verschillen.

#### 4.6. DE EFFECTIVITEIT VAN HET GEBRUIK VAN DE A-BEDDEN: DE KANS OP ONTSLAG EN HEROPNEMING

Tot dusverre was ons onderzoek gericht op het onderscheid in het gebruik van de verschillende categorieën psychiatrische bedden. Achtereenvolgens werd aandacht besteed aan de patiëntenpopulaties op de A- en de B-bedden, aan de materiële voorzieningen en aan het personeel. Onze bevindingen lieten zien dat de eerder gekozen indeling in A-afdelingen en B-afdelingen vooral een verschil in personeelsbezetting met zich meebrengt. De A-afdelingen beschikten in het algemeen over meer (en) hoger gekwalificeerd personeel dan de B-afdelingen.

De vraag die zich nu aandient is: hoe kunnen deze bevindingen worden gebruikt bij de evaluatie van de psychiatrische opname? In 1.5 bespraken wij aan de hand van de conclusies van andere onderzoekers op welke wijze men rendementscriteria zou kunnen kiezen voor het gebruik van de A-bedden, respectievelijk de B-bedden. Wij stelden voor de ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.) te gebruiken als rendementscriterium voor de A-bedden. Voor deze ratio werd een formule gegeven (zie p. 43). De S.O.R. kan dienst doen als een maatstaf voor het bepalen van de effectiviteit van een heel ziekenhuis, een deel van een ziekenhuis (bijvoorbeeld de gezamenlijke A-afdelingen) of een enkele A-afdeling. Het exact bepalen van de S.O.R. vereist een volledige registratie van de patiëntenmutaties in alle ziekenhuizen. Deze registratie is in de Nederlandse situatie uitsluitend mogelijk met behulp van de centrale patiëntenregistratie in Leidschendam. Dit centrale-registratiesysteem was ten tijde van ons onderzoek nog niet zover ontwikkeld dat recente gegevens konden worden geproduceerd. Mogelijk is dit in de naaste toekomst wel het geval. Wij willen op deze plaats proberen duidelijk te maken op welke wijze de centrale registratie benut zou kunnen worden bij het bepalen van de effectiviteit van de kortdurende psychiatrische opname; of met andere woorden bij het bepalen van het rendement van de A-bedden.

Maar allereerst willen wij enkele opmerkingen maken over het verband tussen de verblijfsduur en de kans op ontslag. Drs. J. van Weerden-Dijkstra berekende de kans op ontslag naar de samenleving voor de patiënten die in december 1969 in een der 39 psychiatrische ziekenhuizen werden opgenomen. Uitgaande van de cijfers van de centrale patiëntenregistratie betreffende opnemingen, ontslagen en overlijden werd door extrapolatie de kans op ontslag over een aantal jaren geschat. Van de bovengenoemde groep van patiënten had gemiddeld 67% de kans om binnen één jaar na

opname te worden ontslagen, 71% binnen twee jaar, 72,5% binnen drie jaar en 73,5% binnen vier jaar. De kans op ontslag binnen *veertien* jaar bedroeg 74%, slechts een half procent meer dan die binnen vier jaar. We zien uit deze gegevens dat ook nog ná twee jaar, onze grens tussen de A- en B-bedden, ontslag plaatsvindt. Maar tevens wordt op grond van deze gegevens duidelijk dat binnen twee jaar na opname circa 95% van alle te verwachten ontslagen plaats zal vinden.

In 1.5 werden de verschillende rendementscriteria besproken, die bij de beoordeling van de effectiviteit van de kortdurende opname te gebruiken zijn. De begrippen succesvol ontslag (S.O.) en ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.) werden gedefinieerd. We spreken van een succesvol ontslag wanneer een patiënt niet binnen 3 maanden na zijn ontslag opnieuw wordt opgenomen. Voor een afdeling kan men per tijdseenheid (bijvoorbeeld per jaar) het succesvol ontslag berekenen door het aantal heropnemingen binnen drie maanden af te trekken van het totaal aantal ontslagen in diezelfde periode. De ratio van het succesvolle ontslag verkrijgt men dan door het getal van het succesvolle ontslag te delen door het gemiddelde aantal aanwezige patiënten (dit is de gemiddelde bedbezetting). We kunnen dit vereenvoudigd als volgt voorstellen:

a = aantal ontslagen patiënten (bijvoorbeeld per jaar);

b = aantal heropnemingen binnen 3 maanden (ook per jaar);

c = gemiddelde bedbezetting.

We vinden dan  $a - b$  = succesvol ontslag (S.O.);

$\frac{a-b}{c}$  = ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.).

Het is duidelijk dat de S.O.R. de voorkeur verdient bij het vergelijken van afdelingen van ongelijke grootte. Een afdeling met veel bedden zal waarschijnlijk per jaar meer patiënten ontslaan (en alleen al daardoor een groter S.O.-getal hebben) dan een soortgelijke afdeling met weinig bedden. Pas na een correctie voor het aantal bedden of het gemiddelde aantal aanwezige patiënten worden de afdelingen onderling vergelijkbaar. Het S.O. getal is overigens wél te gebruiken wanneer men uitgaat van een gelijk aantal opnemingen op verschillende afdelingen of wanneer men het succesvolle ontslag uitdrukt in een percentage van het aantal opnemingen. Men kan dan bijvoorbeeld stellen: op afdeling X bereikte 60% van de opgenomen patiënten een succesvol ontslag (Ullmann's First Significant Release). De S.O.R. daarentegen geeft een duidelijker beeld van de patiëntenstroom (turnover) door de afzonderlijke afdelingen.

Het is wellicht nuttig om het gebruik van deze verschillende begrippen aan de hand van een voorbeeld toe te lichten.

Stel, dat we drie afdelingen met elkaar willen vergelijken. Afdeling I telt 50 bedden, afdeling II en III elk 100 bedden. In één jaar werden op (afdeling) I 40 personen opgenomen en 40 personen ontslagen; 10 personen werden heropgenomen binnen 3 maanden na hun ontslag. Voor (afdeling) II waren dat: 60 opnemingen, 60 ontslagen en 15 heropnemingen



binnen 3 maanden na ontslag. Voor (afdeling) III waren dat: 100 opnemingen, 100 ontslagen en 55 heropnemingen binnen 3 maanden na ontslag. Als we nu onze formules toepassen zien we het volgende:

S.O. I :  $40 - 10 = 30$ ; S.O. per 100 opnemingen: 75

S.O. II :  $60 - 15 = 45$ ; S.O. per 100 opnemingen: 75

S.O. III :  $100 - 55 = 45$ ; S.O. per 100 opnemingen: 45

$$\text{S.O.R. I} = \frac{30}{50} = 0,6$$

$$\text{S.O.R. II} = \text{S.O.R. III} = \frac{45}{100} = 0,45$$

Deze voorbeelden illustreren dat we te maken hebben met twee verschillende effectiviteitscriteria:

1. het S.O.-percentage is een maat voor de effectiviteit van de *opnemingen*;
2. de S.O.R. is een maat voor de effectiviteit (of het rendement) van de *afdeling* als geheel.

Wanneer we weer naar het voorbeeld kijken, zien we dat de afdelingen I en II even effectief waren in de behandeling van de hen aangeboden patiënten; immers van alle nieuw opgenomen patiënten werd een even groot gedeelte succesvol ontslagen.

Op afdeling II verbleven echter viermaal zoveel (40 t.o.v. 10) mensen die *niet* aan ontslag toekwamen. Hierdoor viel het rendement van de gehele afdeling II (uitgedrukt in de S.O.R.) veel lager uit dan dat van afdeling I en was dit gelijk aan de S.O.R. van afdeling III.

Beide criteria tezamen geven een goed beeld van wat er op een afdeling gebeurt: enerzijds het effect van de behandeling voor de nieuw opgenomen patiënten en anderzijds het rendement van de gehele afdeling, inclusief de langer blijvende patiënten. Als we slechts een van beide criteria hanteren, bestaat de kans, dat belangrijke gegevens onder tafel verdwijnen.

In een ziekenhuis of een afdeling waar men een voorzichtig ontslagbeleid hanteert, zal men minder mensen (snel) ontslaan, maar men zal ook minder heropnemingen en überhaupt opnemingen kennen. In een ander ziekenhuis zal men een zeker 'draaideffect' accepteren op grond van de redenatie dat men beter wat meer heropnemingen kan hebben dan dat men patiënten in het ziekenhuis houdt, die geen intramurale zorg meer behoeven. Teneinde wat meer inzicht in deze ontslagprocedures te krijgen, richtten wij ons op een cohort van opgenomen patiënten. Dit betrof alle patiënten die in de periode van 1 januari tot 1 juli 1970 in een der vier in ons onderzoek betrokken psychiatrische ziekenhuizen werden opgenomen. Dit patiëntencohort volgden wij tot 1 juli 1974. Hetzelfde deden wij met het opnamecohort van 39 Nederlandse psychiatrische instellingen gezamenlijk over dezelfde periode. De gegevens van dit onderzoek staan in tabel 4.6.1. Het voordeel van het gebruik van een opnamecohort is, dat men hiermee specifiek de kortdurende opneming en de kans op

ontslag en heropneming kan bestuderen en het aandeel van de chronische bedden buiten beschouwing kan laten. Daardoor wordt de A-functie van de verschillende ziekenhuizen zichtbaar en voor een deel ook vergelijkbaar.

Wij beschikten voor dit onderzoek over de gegevens van de centrale patiëntenregistratie in Leidschendam. De vragen welke wij met behulp van dit materiaal wilden beantwoorden waren de volgende:

1. Bestaat er een verband tussen de ontslagratio en de heropnameratio, in die zin dat een ziekenhuis met veel ontslag ook veel heropnemingen veroorzaakt?
2. Is een dergelijk verband ook aanwezig tussen het aantal ontslagen patiënten en de hoeveelheid heropnemingen binnen 3 maanden na ontslag (de onsuccesvolle ontslagen)?
3. Handhaven patiënten die lang opgenomen zijn geweest zich nadien langer in de maatschappij dan patiënten die na kortere tijd werden ontslagen?

In het eerste halfjaar van 1970 werden in Nederland 6723 personen in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen; 428 van hen werden in een van de vier ziekenhuizen in Groningen en Drenthe opgenomen. Het aantal opnemingen was zeer ongelijk verdeeld over deze vier ziekenhuizen. Bijna de helft (46,5%) vond plaats in ziekenhuis I en een derde (33,6%) in ziekenhuis II. Al eerder hadden we geconstateerd (4.2) dat de functie van de vier ziekenhuizen sterk uiteenliep. In kolom 1 zien we dat instelling I niet alleen de meeste opnemingen had, maar procentueel ook de meeste ontslagen. Het ontslagpercentage van P.Z. I lag iets boven het landelijk gemiddelde, het percentage van de vier ziekenhuizen samen lag er iets onder. Kolom 2 laat zien, dat het hogere ontslagpercentage van P.Z. I ook een groter aantal heropnemingen ten gevolge heeft gehad en wel aanzienlijk meer (53,7% t.o.v. 40,1%) dan het percentage heropnemingen in heel Nederland. Volgens de vuistregel van Reid (1960) is dit verschil significant te noemen. Deze regel houdt in dat het verschil tussen het gemeten aantal en het verwachte aantal groter moet zijn dan tweemaal de vierkantswortel uit het verwachte aantal (Hier was dat:  $102 \cdot 76 > 174$ ). Toch blijkt uit kolom 3 en 4 niet dat P.Z. I haar patiënten zó snel heeft ontslagen, dat een groot aantal van hen binnen 3 maanden moest worden heropgenomen. Kolom 4 toont vrij grote verschillen tussen de ziekenhuizen; bij sommige ziekenhuizen worden veel van de her op te nemen patiënten ook snel weer opgenomen. Maar uit kolom 3 blijkt dat dit effect genivelleerd wordt als we de totale hoeveelheid ontslag als uitgangspunt nemen. Dit houdt in dat het percentage onsuccesvol ontslagen patiënten voor alle ziekenhuizen ongeveer een even groot deel van het totale ontslag uitmaakte, ongeacht hoe groot het totale aantal ontslagen patiënten was. Een ziekenhuis waar veel patiënten (daar of elders) heropgenomen werden, was bepaald niet sneller tot heropname overgegaan.

Tabel 4.6.1. Heropnemingen. Gegevens betreffende ontslag en heropneming van alle patiënten die tussen 1.1.70 en 1.7.70 werden opgenomen in een der psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe (P.Z. I, II, III en IV) of in een der 39 P.Z. in Nederland.

|                      |             | 1                                | 2   | 3  | 4  | 5   | 6  | 7  | 8   |
|----------------------|-------------|----------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|
|                      | Cohort<br>n | Alle<br>ontslagen<br>vóór 1-7-74 | Alle <sup>1,3</sup><br>herop-<br>nemingen | Heropn. <sup>1,3</sup><br>< 3 mnd.<br>na ontslag | Idem als <sup>3</sup><br>% van<br>alle heropn. | Heropn. <sup>1,3</sup><br>< 12 mnd.<br>na ontslag | Eerste <sup>2</sup><br>succesv.<br>ontslag | Totale <sup>2</sup><br>verpl. duur<br>> 1 jaar | Gemiddeld<br>aantal op-<br>nemingen<br>p. patiënt |
| P.Z. I               | 199         | 94,6%                            | 53,7%                                     | 14,2%  | 26,5%  | 32,3%   | 80,4%                                      | 47,1%  | 1,99  |
| P.Z. II              | 144         | 84,5%                            | 42,6%                                     | 12,3%  | 28,8%  | 30,7%   | 72,2%                                      | 55,8%  | 1,74  |
| P.Z. III             | 17          | 82,4%                            | 23,5%                                     | 11,8%  | 50,0%  | 50,0%   | 70,6%                                      | 50,0%  | 1,30  |
| P.Z. IV              | 68          | 85,8%                            | 40,0%                                     | 16,7%  | 41,7%  | 8,3%  | 69,1%                                      | 50,0%  | 1,82  |
| Totaal Gron./Drenthe | 428         | 89,2%                            | 47,2%                                     | 13,7%  | 29,1%  | 29,1%   | 75,5%                                      | 50,0%  | ?   |
| Nederland            | 6723        | 92,4%                            | 40,1%                                     | 11,1%  | 27,7%  | 32,2%   | 81,3%                                      | 49,3%  | 1,68 <sup>4</sup>                                 |

<sup>1</sup> Gerelateerd aan alle ontslagen vóór 1.7.74 (kolom 1).

<sup>2</sup> Gerelateerd aan het gehele opnamecohort.

<sup>3</sup> Heropnemingen niet alleen in dezelfde instelling maar ook in enige andere instelling, die opgenomen was in het centrale patiëntenregister.

<sup>4</sup> Inclusief Academische Ziekenhuizen. Variatie voor alle Nederlandse instellingen: 1,13 – 2,08.

In kolom 5 is aangegeven hoeveel van de patiënten, die wél heropgenomen werden, tussen beide opnemingen langer dan een jaar in de maatschappij verbleven. Kolom 7 geeft aan welk deel van het oorspronkelijk cohort aan het eind van de periode van onderzoek (1 juli 1974) in totaal langer dan een jaar in een ziekenhuis verbleef. Uit beide cijferreeksen blijkt dat P.Z. I gunstig afsteekt ten opzichte van de noordelijke en in mindere mate ook ten opzichte van de landelijke cijfers. We kunnen uit de tabel concluderen dat P.Z. I, de instelling met de hoogste opname- en ontslagcijfers, weliswaar de meeste heropnemingen telde, maar tevens dat dit grotere aantal heropnemingen geen nadelige invloed had op de totale duur van de ziekenhuiscarrière van de patiënten in de periode van onderzoek. Er bestond in zekere zin een draaideureffect, maar het ziet er naar uit dat de patiënten weliswaar vaker werden opgenomen (kolom 8), maar in totaal niet langer opgenomen bleven. Dit nu raakt de kern van Ullmann's principe van de 'In Community Days' (I.C.D.). Als een ziekenhuis de taak heeft om een patiënt zo kort mogelijk buiten de maatschappij te houden, dan verdient het de voorkeur om iemand driemaal één maand op te nemen boven éénmaal een half jaar. Kolom 6 laat tenslotte het succesvol ontslag zien, hier berekend per 100 opgenomen patiënten. Het betreft het ontslag van de patiënten in aansluiting op hun eerste opname in de periode van onderzoek. Ook hier blijkt de situatie in P.Z. I gunstig te zijn in vergelijking tot de andere noordelijke ziekenhuizen, terwijl het verschil met het landelijke cijfer gering is.

Wanneer wij Reid's vuistregel toepassen om na te gaan in hoeverre de per ziekenhuis gevonden aantallen afwijken van de aantallen, die op grond van de landelijke cijfers te verwachten zouden zijn, vinden wij in de kolommen 2 tot en met 7 geen significante verschillen. De gegevens van tabel 4.6.1 samenvattend merken we op dat cijfers betreffende het aantal opnemingen en ontslagen (turnover cijfers) weinig zeggen over de effectiviteit (in elk geval volgens onze opvatting van dit begrip; zie ook 1.5.2), wanneer niet tevens rekening wordt gehouden met het aantal heropnemingen en de verblijfsduur van de patiënten in de maatschappij tussen twee opnemingen. Pas daarna kan een uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van het werk van een ziekenhuis of een afdeling, in vergelijking tot andere ziekenhuizen of afdelingen. Verder kunnen we constateren dat veel succesvol ontslag (of liever een hoge ratio voor het succesvolle ontslag) niet samen hoeft te gaan met een gering aantal heropnemingen. In overlegorganen wordt wel eens ten onrechte aangevoerd dat een ziekenhuis pas goed werk levert als er weinig heropnemingen zijn. Het is te hopen dat op landelijk niveau binnen afzienbare tijd inzicht kan worden verkregen in deze aspecten van de patiëntenmutaties.

Hetzelfde cohort patiënten gebruikten wij voor een verdere analyse van het reeds eerder genoemde draaideureffect. In de tabel 4.6.2 is het verband weergegeven tussen de verblijfsduur van de patiënten in het ziekenhuis en de daaropvolgende verblijfsduur in de maatschappij. Het betreft

hier uitsluitend de patiënten, die binnen de periode van onderzoek opnieuw werden opgenomen.

Uit de tabel blijkt dat patiënten, die binnen 3 maanden na hun opname werden ontslagen, significant sneller werden heropgenomen dan diegenen, die langer in het ziekenhuis verbleven. Er bestond géén significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. De noordelijke cijfers wijken niet significant af van de landelijke. De 'draaideur' bestaat kennelijk, maar het is niet duidelijk om welke categorie patiënten het gaat. Aangezien er geen verschil is aangetoond tussen mannen en vrouwen gaat de veronderstelling niet op, dat het alléén de gedragsgestoorde man-

*Tabel 4.6.2. Samenhang tussen de verblijfsduur in het ziekenhuis en de daaropvolgende verblijfsduur in de maatschappij voor patiënten met meer dan een opname (in percenten).*

|                               | Verblijfsduur in P.Z. |          |               |                     |             |                 |               |               |                   |               |
|-------------------------------|-----------------------|----------|---------------|---------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|
|                               | Gron./Dr. (4 P.Z.)    |          |               | Nederland (39 P.Z.) |             |                 |               |               |                   |               |
|                               | 1                     | 2        | 3             | 4                   | 5           | 6               | 7             | 8             | 9                 | 10            |
| Verblijfsduur in maatschappij | <3 mnd                | 3-24 mnd | Tot. 0-24 mnd | <3 mnd<br>♂         | <3 mnd<br>♀ | <3 mnd<br>♂ + ♀ | 3-24 mnd<br>♂ | 3-24 mnd<br>♀ | 3-24 mnd<br>♂ + ♀ | Tot. 0-24 mnd |
| < 4 wk                        | 17,2                  | 10,6     | 14,5          | 13,7                | 13,6        | 13,7            | 9,1           | 8,8           | 9,0               | 11,4          |
| 4 wk-3 mnd                    | 18,4                  | 16,5     | 15,2          | 19,2                | 16,9        | 17,9            | 15,9          | 16,9          | 16,4              | 17,2          |
| 3-6 mnd                       | 18,4                  | 17,6     | 18,0          | 14,2                | 14,8        | 14,6            | 14,9          | 19,2          | 17,2              | 15,8          |
| 6-12 mnd                      | 21,8                  | 17,6     | 21,5          | 21,0                | 20,6        | 20,8            | 22,6          | 20,7          | 21,6              | 21,2          |
| >1 jaar                       | 24,1                  | 37,6     | 30,8          | 31,9                | 34,1        | 33,1            | 37,5          | 34,4          | 35,8              | 34,4          |
|                               | n= 87                 | n= 85    | n= 172        | n= 548              | n= 689      | n= 1237         | n= 517        | n= 599        | n= 1116           | n= 2353       |

De populatie betreft alle patiënten, die in de periode 1.1.70 tot 1.7.70 in een Psychiatrisch Ziekenhuis werden opgenomen en vervolgens binnen 2 jaar na opname werden ontslagen en die voor 1.7.74 werden heropgenomen in een der 39 P.Z. in Nederland. De verblijfsduur in de maatschappij tussen twee opnamen is dus maximaal 4½ jaar terwijl elke patiënt tenminste 2 jaar na het eerste ontslag (tussen 1.1.70 en 1.7.72) werd gevolgd.

(Groningen/Drenthe) kolom 1 t.o.v. 2 : chi-kwadraat = 4,4 df = 4 n.s.

(Mannen Nederland) kolom 4 t.o.v. 7 : chi-kwadraat = 21,7 df = 4 p < 0.001

(Vrouwen Nederland) kolom 5 t.o.v. 8 : chi-kwadraat = 10,2 df = 4 p < 0.05

(<3 mnd. Nederland) kolom 4 t.o.v. 5 : chi-kwadraat = 1,4 df = 4 n.s.

(3-24 mnd. Ned.) kolom 7 t.o.v. 8 : chi-kwadraat = 4,4 df = 4 n.s.

(Nederland) kolom 6 t.o.v. 9 : chi-kwadraat = 16,1 df = 4 p < 0.01

nen (onder meer alcoholisten) zouden zijn, die in en uit 'vliegen'. Een nadere analyse lijkt nuttig, omdat wellicht een strategie kan worden ontwikkeld voor de aanpak van deze nog onbekende groep patiënten.

Wanneer we nu aan de hand van de hier gepresenteerde gegevens teruggaan naar de vragen die aan het begin van deze paragraaf werden gesteld, kunnen we een aantal opmerkingen maken.

1. Er bestaat enige grond om een positief verband tussen de *hoeveelheid ontslag* en de *hoeveelheid heropnemingen* per ziekenhuis aan te nemen. Tabel 4.6.1 liet zien dat het ziekenhuis met het meeste ontslag ook procentueel de meeste heropnemingen kende en het ziekenhuis met het minste ontslag de minste heropnemingen.
2. Er lijkt evenwel géén verband te bestaan tussen de *hoeveelheid ontslag* en de *hoeveelheid heropnemingen binnen 3 maanden* na ontslag (tabel 4.6.1). Veel ontslag hoeft dus niet per se veel onsuccesvol ontslag te betekenen.
3. Er bestaat een significant en positief verband tussen de *snelheid van ontslag* en de *snelheid van heropneming*. Wie binnen 3 maanden na opneming wordt ontslagen, heeft meer kans om snel te worden heropgenomen (tabel 4.6.2).

Samenvattend kunnen wij met enige voorzichtigheid stellen, dat het draaideurfenomeen wel degelijk bestaat, maar dat we uiterst terughoudend moeten zijn om de ziekenhuizen als geheel een dergelijke politiek aan te wrijven. Uit ons beperkte materiaal blijkt trouwens eerder het tegendeel. Het ziekenhuis met de hoogste ontslagratio had namelijk ook het hoogste percentage succesvol ontslagen patiënten. Overigens kunnen op grond van dit materiaal, dat ter illustratie is bedoeld, geen harde conclusies worden getrokken. Voor het bepalen van de effectiviteit van de A-afdelingen lijkt ons het gebruik van opnamecohorten op grotere schaal echter zeer nuttig, waarbij dan tevens de personeelsbezetting en de therapeutische mogelijkheden moeten worden betrokken. Wij komen hierop terug in hoofdstuk 5.

#### 4.7. HET VOORTGEZETTE ONDERZOEK OP DE B-AFDELINGEN. EEN POGING TOT HET OPERATIONALISEREN EN TOEPASSEN VAN EFFECTIVITEITSCRITERIA (IN SAMENWERKING MET DRS. P.J. TELLEGEN, PSYCHOLOOG)

In het vorige hoofdstuk gaven wij de gedachtengang weer die leidde tot de nadere bestudering van het functioneren van de chronische patiënten. De opzet van deze fase van het onderzoek berustte grotendeels op het interactieschema dat in het eerste hoofdstuk werd besproken (zie figuur 1.5.2). Wanneer we nu opnieuw naar dit schema kijken, kunnen we constateren dat we reeds een aantal kenmerken ervan hebben onderzocht. We beschikken over informatie betreffende de afdeling: de materiële

voorzieningen en enkele kenmerken van de bewoners. En we zijn geïnformeerd over de aantallen en de capaciteiten van de stafleden. Voorts weten we iets over de handicaps van de patiënt; we weten zijn diagnose, zijn burgerlijke staat en verder zijn leeftijd en zijn verblijfsduur. We bezitten nog geen informatie over de sociale vaardigheden van de patiënt en het klimaat op zijn afdeling, dat onder meer tot uitdrukking komt in de intermenselijke relaties. In het laatste deel van dit onderzoek trachtten wij zoveel mogelijk van de ontbrekende informatie te verzamelen, teneinde meer inzicht te krijgen in het krachtenspel tussen de verschillende factoren en hun betekenis voor het functioneren van de chronische patiënt.

#### *4.7.1. De beantwoording van de BSV-vragenlijst; een beeld van de doorsnee-patiënt*

Het ontwikkelen van de door ons gebruikte vragenlijst had vooral een explorerend karakter. Wij wilden uitvinden of het mogelijk was met behulp van een beknopte en eenvoudig opgezette vragenlijst een gesystematiseerde indruk te krijgen van het functioneren van chronische patiënten. Omdat we de ontwikkeling van een bruikbaar onderzoeksinstrument centraal stelden, besloten we de 'ruwe' vragenlijst aan de B-afdelingen voor te leggen en pas achteraf tot de analyse en de schaalconstructie over te gaan. Overigens kende de oorspronkelijke vragenlijst (zie bijlage B) al een indeling in drie onderdelen: de zelfredzaamheid, de diversiteit van de dagelijkse bezigheden en de contacten. De lijst bevatte in totaal 52 vragen, waarvan 14 vragen uit meerdere gedeelten bestonden. Voor de beantwoording kon meestal worden gekozen uit drie mogelijkheden: ja, nee en soms of ten dele. Een vijftiental vragen had geen voorgeschreven antwoordcategorieën; hierbij ging het om een toelichting of een beschrijving van gebeurtenissen. Deze oorspronkelijke vragenlijst werd op elk van de vier B-afdelingen door de verpleging ingevuld voor alle patiënten die op dat tijdstip (november '74) waren opgenomen. In totaal ging het om 189 patiënten. De beantwoording van de vragenlijsten was zeer volledig wat betreft de gecodeerde items. De open vragen werden soms zeer beknopt en soms uitvoerig door de staf beantwoord.

In tabel 4.7.1 is een overzicht van de antwoorden, die per vraag werden verkregen. De open vragen en de vragen die alleen voor een deel van de patiënten hoefden te worden ingevuld zijn buiten beschouwing gelaten. Zij zijn niet geschikt voor presentatie in tabelvorm. We kunnen voorzichtig stellen, dat de tabel een indruk geeft van het functioneren van een doorsnee-patiënt op een chronische afdeling. Het betreft hier dus de door de staf gegeven antwoorden over alle patiënten, die op de B-afdelingen verbleven. Hoewel 19 van de 189 patiënten korter dan twee jaar waren opgenomen, werden hun antwoorden meegeteld, omdat zij deel uitmaakten van de afdelingsbevolking. We spreken daarom over de doorsnee-pa-

tiënt op een chronische afdeling in plaats van over de doorsnee chronische patiënt. Overigens zou het weglaten van de antwoorden van de groep korter verblijvenden geen belangrijke verschillen in tabel 4.7.1. hebben opgeleverd.

Aan de hand van de tabel kunnen we ons een beeld vormen van het doen en laten van de patiënten op de B-afdelingen. We kunnen ons daarbij afvragen: over welke sociale vaardigheden beschikt de doorsnee patiënt wel en over welke niet?

Laten wij beginnen met na te gaan wat hij (of zij) wél kan en doet:

Hij staat 's morgens op, hij wast zich en hij kleedt zich aan zonder bemoeienis van de staf. Bij het uitzoeken van de kleren die hij aantrekt is de staf echter nogal eens behulpzaam. Hij besteedt zodanige aandacht aan zijn uiterlijk, dat hij er normaal verzorgd uitziet. Hij eet en drinkt zelfstandig en beweegt zich vrijelijk over de afdeling. Hij beheert veelal zelf zijn geld en andere persoonlijke bezittingen. Overdag bezoekt hij één of meer van de therapieën en hij hoeft daarbij niet aan het werk gezet te worden. Ook op de afdeling helpt hij een handje mee. Hij bepaalt zelf wat hij in zijn vrije tijd doet. Op de afdeling praat hij met de staf en zijn medepatiënten, waartoe hij zelf ook wel het initiatief neemt. Zijn gedrag vormt geen belemmering voor het contact met zijn afdelingsgenoten. Hij toont interesse in zijn medepatiënten en de verpleging en zoekt ook hun gezelschap. Hij praat meer met de verpleging dan met zijn afdelingsarts. Verder krijgt hij bezoek van familie en ontvangt hij wel eens post. Tot zover het positieve beeld dat uit de vragenlijsten naar voren komt. Er zijn echter ook negatieve kenmerken aan de doorsnee-patiënt: deze gelden vooral zijn initiatieven en de prognose van de staf hoe hij het op eigen houtje zal kunnen redden. Hij neemt doorgaans geen initiatief tot contact met mensen buiten de instelling. Zijn werkterrein ligt op de therapie binnen de instelling. Hij doet geen betaald werk. De staf verwacht (zie de prognose-items) dat hij niet buiten de instelling zal kunnen werken, zelfs niet in een beschutte werkplaats. Ook verwacht de staf dat het met het opstaan, eten en drinken en zijn lichamelijke verzorging mis zal gaan als hij buiten de instelling komt. Hij toont bij zijn werk weinig initiatief en de staf verwacht dat hij buiten de instelling niet tot een redelijke vrijetijdsbesteding zal komen. Behalve zijn familie ontvangt hij geen bezoek en hij gaat niet met verlof. Als we nu het positieve en het negatieve gezichtspunt samenvoegen, ontstaat ongeveer het volgende beeld van onze doorsnee patiënt: Hij is tamelijk onafhankelijk van zijn directe omgeving wat betreft zijn lichamelijke verzorging. Hij gaat zijn eigen gang en volgt een min of meer vast dagprogramma. Hij vertoont weinig initiatieven, maar hij isoleert zich niet van de staf en de andere patiënten. Soms maakt hij een praatje met ze. In de contacten met de buitenwereld is hij passief; hij ontvangt familieleden en post, maar gaat er niet zelf op uit. Mogelijk is de belangrijkste karakteristiek nog wel de sombere verwachting die de staf heeft van zijn capaciteiten om voor zichzelf te zorgen.



**Tabel 4.7.1. Basale sociale vaardigheden-vragenlijst. Frequentieverdeling in procenten (N=189).**

| item no. | vraag no. | Omschrijving item (beknopt)*          | ja | nee | soms of ten dele |
|----------|-----------|---------------------------------------|----|-----|------------------|
| 46       | 1a        | Eten (zelfstandig)                    | 86 | 2   | 12               |
| 48       | 2a        | Drinken (zelfstandig)                 | 96 | 1   | 4                |
| 50       | 3a        | W.c.-bezoek (zelfstandig)             | 94 | 3   | 3                |
| 51       | 4a        | Aansporen tot opstaan                 | 33 | 55  | 12               |
| 52       | 5a        | Wassen (zelfstandig)                  | 67 | 21  | 12               |
| 54       | 6a        | Aankleden (zelfstandig)               | 89 | 5   | 6                |
| 55       | 6c        | Kiest kleren zelf                     | 42 | 52  | 6                |
| 56       | 7a        | Aandacht voor verzorging              | 66 | 19  | 15               |
| 57       | 7b        | Normaal verzorgd uiterlijk            | 64 | 21  | 15               |
| 58       | 8a        | Vrijelijk bewegen op afdeling         | 92 | 3   | 5                |
| 59       | 9a        | Beheert persoonlijke bezittingen      | 52 | 34  | 14               |
| 60       | 9c        | Gaat zelfstandig met geld om          | 54 | 35  | 11               |
| 61       | 10a       | Initiatief contacten buitenwereld     | 35 | 53  | 12               |
| 65       | 11a       | Prognose zelfst. eten/drinken         | 25 | 63  | 12               |
| 66       | 11b       | Prognose zelfst. verzorging           | 35 | 53  | 11               |
| 67       | 11c       | Prognose zelfst. slapen/opstaan       | 38 | 51  | 11               |
| 68       | 11d       | Prognose zelfst. financiën            | 16 | 72  | 12               |
| 69       | 11e       | Prognose zelfst. contacten            | 10 | 71  | 19               |
| 71       | 13        | Verriicht geregelde werkzaamheden     | 83 | 13  | 4                |
| 72       | 14        | Aansporen tot werkzaamheden           | 24 | 60  | 16               |
| 73       | 15        | Werkzaamheden op afdeling             | 50 | 39  | 11               |
| 74       | 16        | Werkzaamheden terrein instelling      | 65 | 32  | 4                |
| 75       | 17        | Werkzaamheden buiten instelling       | 2  | 97  | 1                |
| 76       | 18        | Beloning voor werkzaamheden           | 31 | 67  | 2                |
| 77       | 19        | Beloning van buiten instelling        | 3  | 97  | 0                |
| 78       | 20        | Prognose beschut werken               | 21 | 70  | 9                |
| 79       | 21        | Prognose werken vrije maatschappij    | 14 | 79  | 7                |
| 80       | 22        | Deelname arbeidstherapie              | 34 | 64  | 2                |
| 81       | 23        | Deelname bewegingstherapie            | 46 | 52  | 2                |
| 82       | 24        | Deelname creatieve therapie           | 19 | 79  | 2                |
| 83       | 25        | Deelname bezigheids therapie          | 45 | 53  | 2                |
| 84       | 26        | Deelname muziektherapie               | 18 | 82  | 0                |
| 86       | 29        | Initiatief bij deelname therapie      | 30 | 50  | 20               |
| 88       | 31a       | Vrijetijdsbesteding (zelfstandig)     | 77 | 11  | 12               |
| 89       | 32        | Prognose vrije tijd buiten instelling | 10 | 83  | 8                |
| 93       | 36        | Geeft antwoord op vragen              | 76 | 4   | 20               |
| 94       | 37        | Neemt initiatief tot spreken          | 58 | 13  | 29               |
| 95       | 38        | Spreekt begrijpelijke taal            | 59 | 16  | 25               |
| 96       | 39        | Toont interesse medepatiënten         | 50 | 24  | 25               |
| 97       | 40        | Toont interesse verpleging            | 52 | 22  | 25               |
| 98       | 41        | Zoekt gezelschap medepatiënten        | 50 | 31  | 19               |
| 99       | 42        | Zoekt gezelschap verpleging           | 45 | 31  | 24               |
| 100      | 43        | Zondert zich af van medepatiënten     | 11 | 64  | 25               |
| 101      | 44        | Zondert zich af van verpleging        | 12 | 65  | 23               |
| 102      | 45        | Gemeden door medepatiënten            | 3  | 81  | 16               |
| 103      | 46        | Mondeling contact arts                | 32 | 34  | 34               |
| 104      | 47        | Mondeling contact verpleging          | 69 | 9   | 23               |
| 105      | 48        | Gedrag belemmert contact              | 7  | 61  | 32               |
| 106      | 49        | Krijgt bezoek van familie             | 42 | 32  | 26               |
| 107      | 50        | Krijgt bezoek van anderen             | 14 | 77  | 9                |
| 108      | 51        | Ontvangt post                         | 39 | 35  | 25               |
| 109      | 52        | Gaat met (weekend) verlof             | 29 | 55  | 16               |

Waarop deze verwachting is gebaseerd komt niet duidelijk naar voren. Toch is het niet onwaarschijnlijk dat juist dit oordeel van de staf op zichzelf een belangrijke belemmering vormt voor een stapje dichter naar de maatschappij. Als de verpleging verwacht dat patiënten die op de afdeling wel voor zichzelf zorgen dat elders niet zullen kunnen, is een nader onderzoek gewenst om uit te maken in hoeverre hun intuïtie juist is.

Het lijkt ons niet uitgesloten, dat de beschikbaarheid van tussenvoorzieningen, zoals sociohuizen, sluisinternaten en nachtziekenhuizen de sombere prognose van de verpleging zouden kunnen verlichten, omdat er ook in die instellingen wel sprake zal zijn van enig toezicht. In elk geval kunnen we stellen dat het karikaturale beeld van het chronisch paviljoen met tientallen apathische, wauwelende en totaal afhankelijke stakkers nauwelijks overeenkomt met de werkelijkheid zoals wij die aantreffen en zoals die uit deze enquête naar voren kwam. Het ontbreekt de langdurig opgenomen patiënt zeker aan sociale vaardigheid, maar zijn invaliditeit is slechts een gedeeltelijke. De resultaten van een aanpak van deze problemen in 'Token Economy'-groepen en andere sociotherapeutische leefgroepen laten zien, dat de secundaire handicap van de chronische patiënt niet blijvend hoeft te zijn mits de begeleiding consequent en intensief is (zie De Ruiter 1975 en het overzichtsartikel van Milby 1975).

#### *4.7.2. De analyse van de BSV-schalen en de constructie van een nieuw onderzoeksinstrument*

De oorspronkelijke vragenlijst kon weliswaar worden gebruikt om een algemene indruk te geven van het functioneren van de patiënten op de B-afdelingen, maar hij bood ons geen zekerheid over de wijze waarop wij de individuele scores zouden mogen interpreteren. Onze intuïtieve schaalconstructie in drie delen, namelijk de zelfredzaamheid, de dagelijkse bezigheden en de contacten, diende nader te worden onderzocht om de samenhang tussen verschillende (groepen) vragen op te sporen. Wij gingen hierbij van de veronderstelling uit dat enerzijds de vragen voldoende één geheel zouden vormen om een bruikbare totaalscore mogelijk te maken en dat anderzijds de vragen voldoende heterogeen zouden zijn om subschalen te kunnen ontwikkelen. De vragenlijst die 52 vragen bevatte, kon worden opgesplitst in 64 afzonderlijke items die gescored werden volgens een driepuntsschaal van 1 (negatief, minst zelfstandig) tot 3 (positief, meest zelfstandig). In bijlage B zijn deze items genummerd van 46 tot 109. Alleen de items 90, 91 en 92 werden gescored op een vijfpuntsschaal (1 = minst, 5 = meest recreatieve bezigheden). In totaal werden de itemscores van 170 patiënten in de analyse betrokken. Ditmaal lieten wij de 19 patiënten, die nog geen twee jaar waren opgenomen, buiten beschouwing, omdat wij onze te construeren schaal uitsluitend voor de chronische patiënten wilden bestemmen. De 170 patiënten, die wel reeds

langer dan twee jaar waren opgenomen, waren verdeeld over de vier B-afdelingen. De analyse werd evenwel uitgevoerd zonder onderscheid te maken tussen de verschillende afdelingen, dus door 'pooling' van de verkregen scores. Later zal het verband tussen de na de analyse gecorrigeerde scores en de verschillende afdelingen worden besproken.

De eerste stap bestond uit het berekenen van de item-totaalscorecorrelaties, gebaseerd op alle 64 items. Deze bewerking geeft aan in welke mate de score van een afzonderlijk item verband houdt met de totaalscore. Het is een maat voor de relevantie van een item ten opzichte van de gehele vragenlijst. Hoe hoger de waarde van de item-totaalcorrelatie (maximaal is deze waarde = 1), des te duidelijker is het verband tussen het item en de strekking van de gehele vragenlijst. Op grond van deze berekening besloten wij de volgende 19 items te elimineren (zie bijlage B voor de volledige beschrijving en nummering van de items).

| Item nr. | Korte omschrijving                     | Item totaal-<br>correlatie |
|----------|--|----------------------------|
| 51       | Uit bed komen                          | .23                        |
| 70       | Wijkt toestand af van langer bestaande | .21                        |
| 73       | Werkzaamheden op afdeling              | .50                        |
| 74       | Werkzaamheden op terrein               | .23                        |
| 75       | Werkzaamheden buiten instelling        | .17                        |
| 77       | Geldelijke beloning van buiten         | .02                        |
| 80       | Deelname arbeidstherapie               | .27                        |
| 81       | Deelname bewegingstherapie             | .19                        |
| 82       | Deelname creatieve therapie            | .17                        |
| 83       | Deelname bezigheidstherapie            | -.15                       |
| 84       | Deelname muziektherapie                | .04                        |
| 85       | Deelname andere therapie               | .48                        |
| 87       | Aansporen tot recreatieve bezigheden   | -.11                       |
| 90       | Deelname recreatie afdeling            | .12                        |
| 91       | Deelname recreatie binnen instelling   | .15                        |
| 92       | Deelname recreatie buiten instelling   | .31                        |
| 102      | Gemeden door mede-patiënten            | .11                        |
| 105      | Gedrag belemmert contact               | .24                        |
| 107      | Bezoek van niet-familieleden           | .18                        |

Hoewel de items 73, 80 en 85 een redelijk tot goede correlatie vertoonden, besloten wij toch deze items te elimineren. De reden hiervoor was dat vrijwel alle items betreffende de aard van de dagelijkse bezigheden slecht met de totaalscore correleerden en wij van mening waren dat we beter alleen één item met een redelijk hoge correlatie en een algemene inhoud uit deze groep konden handhaven. Dit was item 71\* (verricht

\* Het is duidelijk dat item 73 met evenveel recht geselecteerd had kunnen worden, maar dat item 85 voor dit doel een te vage inhoud had.

patiënt geregelde werkzaamheden?) met een item-totaalcorrelatie van .47. Verder werd item 92 geschrapt, omdat wij bij nader inzien bezwaarlijk vonden dat het evenals de items 90 en 91 niet geprecodeerd was (zie bijlage B).

Als tweede stap werd over de aldus geselecteerde 45 items een factoranalyse volgens de hoofdasenmethode uitgevoerd. Deze bewerkingsmethode leverde 11 factoren op met een Eigenwaarde groter dan 1.

| Factor | Eigenwaarde |
|--------|-------------|
| 1      | 11.0        |
| 2      | 4.1         |
| 3      | 3.6         |
| 4      | 2.5         |
| 5      | 1.8.        |
| 6      | 1.6         |
| 7      | 1.4         |
| 8      | 1.4         |
| 9      | 1.2         |
| 10     | 1.1         |
| 11     | 1.1         |

Het bleek dat de eerste factor al bijna 25% van de totale variantie beschreef en de eerste vijf factoren samen meer dan 50%. Teneinde de afzonderlijke items te kunnen onderbrengen in verschillende subschalen diende de samenhang van de items nader te worden onderzocht. Hiertoe werd de factormatrix geroteerd volgens de varimaxmethode.\* Bij deze methode, die zonder hulp van een computer vrijwel onuitvoerbaar is, wordt voor elke factor het orthogonale assenstelsel in die stand gebracht waarin zoveel mogelijk items (variabelen) een zo hoog mogelijke correlatie (factorlading) met één factor hebben en een zo laag mogelijke met alle andere. Bij elke volgende rotatie wordt geprobeerd de variabelen die tot dusverre een lage lading hadden, nu een hogere lading te verschaffen. Op deze wijze ontstaan een aantal factoren, elk met een groep variabelen met een zo hoog mogelijke lading. Het aantal factoren waarover wordt gerooteerd, is afhankelijk van het aantal variabelen (items) en de totale samenhang van alle variabelen, ofwel de consistentie van het onderzoeksmateriaal. Is die samenhang gering, dan heeft men veel factoren nodig om alle variabelen zo goed mogelijk onder te brengen. Ons ging het er vooral om, de items in een aantal schalen onder te brengen, die onderling zo onafhankelijk mogelijk moesten zijn, opdat de verschillende aspecten van de

\* Voor de ordening van het materiaal bleek de varimax een bruikbare methode. Aangezien de factoren onderling niet onafhankelijk geacht konden worden, zou een scheve rotatie (oblimax) wellicht voordelen hebben gehad (Brand-Koolen, 1972, Child 1970).

sociale vaardigheid goed van elkaar onderscheiden zouden kunnen worden. Daar wij beschikten over 45 resterende items kon het aantal factoren niet te groot worden. Te weinig items maken een (sub)schaal minder betrouwbaar.

Aan de andere kant bleek onze intuïtieve indeling in slechts drie schalen (zelfredzaamheid, dagelijkse bezigheden en contacten) niet zo gelukkig, te meer daar vrijwel alle items van de subschaal 'dagelijkse bezigheden' reeds bij de eerste bewerking werden geëlimineerd. We besloten daarom de varimaxrotatie uit te voeren met respectievelijk 3, 4, 5 en 6 factoren. Het resultaat van de rotatie van de eerste 5 factoren beviel ons het beste. Bij een rotatie over 5 factoren bleken slechts 2 van de 45 items in geen der factoren een redelijk hoge factorlading te bezitten. Een lading van .40 vonden wij minimaal gewenst. De items 77 (geldelijke beloning van buiten de instelling) en 86 (patiënt vertoont initiatief bij het therapiebezoek) werden op grond hiervan geëlimineerd. Bij de derde stap werden de overgebleven (43) items gegroepeerd per factor.

Elk item werd ondergebracht bij de factor waarop het de hoogste lading had. Factor I omvatte 12 items, factor II: 9, factor III: 9, factor IV: 8 en factor V: 5 items. Vervolgens voerden wij over de vijf groepen items (nu verder (sub)schalen genoemd) en over de 43 items tezamen een betrouwbaarheidsanalyse uit. Dit is de berekening van de zogenaamde coëfficiënt-alfa en dient om de homogeniteit van de schalen te toetsen. Het resultaat van deze analyse bracht ons ertoe nog vijf items te elimineren. Deze items: 58 en 103 (subschaal I), 55 (schaal II), 106 (schaal III) en 79 (schaal IV) werkten verlagend op de gevonden coëfficiënt-alfa. Dat wil zeggen, dat de betrouwbaarheid van de subschalen en de totaalscore zonder deze items toenam. De definitieve samenstelling van de bewerkte B.S.V.-schalen bestond dus uit 38 items, verdeeld over 5 subschalen. De coëfficiënt alfa voor deze schalen was als volgt:

|            |             |     |
|------------|-------------|-----|
| Schaal I   | (10 items): | .90 |
| Schaal II  | ( 8 items): | .85 |
| Schaal III | ( 8 items): | .86 |
| Schaal IV  | ( 7 items): | .85 |
| Schaal V   | ( 5 items): | .67 |
| Totaal     | (38 items): | .92 |

Behalve voor schaal V, die uit weinig en vrij slecht differentiërende items bestond, getuigden de gevonden coëfficiënten (die maximaal één (1.0) kunnen zijn) van een zeer redelijke interne consistentie van de vragenlijstonderdelen en de gehele vragenlijst.

De samenstelling van de definitieve, gereconstrueerde BSV-vragenlijst en de typering van de vijf gevonden subschalen worden aan het einde van deze paragraaf besproken. Eerst zullen wij de resultaten van de statistische analyse afronden.

De vierde en laatste stap bestond opnieuw uit een factoranalyse volgens de hoofdassenmethode, gevolgd door een varimaxrotatie over de eerste

vijf factoren. Ditmaal werd de factoranalyse vanzelfsprekend met de 38 definitieve BSV-items uitgevoerd. De Eigenwaarden van de vijf factoren na de analyse volgens de hoofdasenmethode waren nu:

factor I : 9.8  
 factor II : 4.1  
 factor III : 3.4  
 factor IV : 2.2  
 factor V : 1.7

Deze vijf factoren beschrijven tezamen bijna 56% van de totale variantie. In tabel 4.7.2 wordt een overzicht gegeven van de factorladingen na de varimaxrotatie en de item-restcorrelaties van elk der 38 items met de bijbehorende (eigen) subschaal en met het totaal van de vijf subschalen gezamenlijk.

Als we de laatste kolom van de tabel bekijken, valt op, dat de items van schaal V het minst met de totaalscore correleren. Verschillende items hebben op meerdere factoren een lading  $\geq .30$ . Dit betekent dat de onafhankelijkheid van de verschillende schalen ten opzichte van elkaar niet volledig is. Dit kan gezien worden als een gevolg van de gekozen (varimax)methode, maar vormt naar onze mening geen groot bezwaar.

Tenslotte laten wij nog de correlaties zien tussen de subschalen onderling en tussen elk van de subschalen en de totaalschaal (score).

|     |     |     |     |     |     |   |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| I   | —   |     |     |     |     |   |
| II  | .24 | —   |     |     |     |   |
| III | .42 | .35 | —   |     |     |   |
| IV  | .29 | .37 | .47 | —   |     |   |
| V   | .32 | .42 | .21 | .14 | —   |   |
| T   | .71 | .65 | .80 | .70 | .43 | — |

|         |   |    |     |    |   |   |
|---------|---|----|-----|----|---|---|
| Schalen | I | II | III | IV | V | T |
|---------|---|----|-----|----|---|---|

Ook hier valt weer de betrekkelijk geringe samenhang tussen schaal V en de totaalschaal op.

Nu zullen wij de samenstelling van de afzonderlijke subschalen bespreken. De definitieve versie van de B.S.V.-vragenlijst is opgenomen als bijlage E.

Schaal I is opgebouwd uit 10 vragen die voortkwamen uit de subschaal contacten van de oorspronkelijke BSV-lijst, en wel:

93. Patiënt geeft antwoord als hem iets gevraagd wordt
94. Patiënt neemt het initiatief tot spreken
95. Patiënt spreekt voor de meeste mensen begrijpelijke taal
96. Patiënt toont interesse voor zijn medepatiënten
97. Patiënt toont interesse voor verplegenden
98. Patiënt zoekt zelf het gezelschap van medepatiënten
99. Patiënt zoekt zelf het gezelschap van verplegenden
100. Patiënt zondert zich af van zijn medepatiënten
101. Patiënt zondert zich af van verplegenden

104. Patiënt heeft mondeling contact met het merendeel van de verpleging

Al deze items hebben betrekking op het contact tussen de patiënt en de mensen om hen heen en wel speciaal op de voornamelijk verbale commu-

Tabel 4.7.2. Factorladingen en item-restcorrelaties voor de 38 items van de definitieve BSV-schalen. Varimaxrotatie en itemanalyse (Likertschaal) 170 personen.

| Schaal | Item | Factorladingen |    |     |    |    | Item-rest-correlaties |        |
|--------|------|----------------|----|-----|----|----|-----------------------|--------|
|        |      | I              | II | III | IV | V  | Subschaal             | Totaal |
| I      | 93   | 61             | 30 |     |    |    | .57                   | .54    |
|        | 94   | 74             |    |     |    |    | .73                   | .56    |
|        | 95   | 46             |    |     |    |    | .48                   | .47    |
|        | 96   | 75             |    | 34  |    |    | .79                   | .68    |
|        | 97   | 78             |    | 30  |    |    | .81                   | .62    |
|        | 98   | 75             |    |     |    |    | .74                   | .60    |
|        | 99   | 76             |    | 35  |    |    | .76                   | .58    |
|        | 100  | 67             |    |     |    |    | .47                   | .28    |
|        | 101  | 73             |    |     |    |    | .54                   | .33    |
|        | 104  | 68             |    |     |    |    | .66                   | .51    |
| II     | 52   |                | 78 |     |    |    | .78                   | .53    |
|        | 53   |                | 61 |     |    | 31 | .62                   | .43    |
|        | 54   |                | 58 |     |    | 58 | .63                   | .48    |
|        | 56   |                | 78 |     |    |    | .71                   | .55    |
|        | 57   |                | 71 |     |    |    | .65                   | .52    |
|        | 71   |                | 46 |     |    |    | .46                   | .41    |
|        | 72   |                | 60 |     |    |    | .56                   | .46    |
|        | 88   |                | 47 | 38  |    |    | .43                   | .40    |
|        | 59   |                | 41 | 41  | 34 |    | .59                   | .63    |
|        | 60   |                | 36 | 53  |    |    | .64                   | .64    |
| III    | 61   |                |    | 74  |    |    | .80                   | .64    |
|        | 62   |                |    | 50  | 48 |    | .53                   | .47    |
|        | 63   |                |    | 70  |    |    | .61                   | .47    |
|        | 64   |                |    | 54  | 39 |    | .63                   | .49    |
|        | 108  |                |    | 66  |    |    | .49                   | .38    |
|        | 109  |                |    | 57  |    |    | .62                   | .51    |
|        | 65   |                |    |     | 77 |    | .69                   | .44    |
|        | 66   |                | 44 |     | 75 |    | .73                   | .47    |
|        | 67   |                | 38 |     | 73 |    | .70                   | .48    |
|        | 68   |                |    |     | 71 |    | .70                   | .46    |
| IV     | 69   |                |    | 44  | 55 |    | .46                   | .51    |
|        | 78   |                |    |     | 64 |    | .58                   | .45    |
|        | 89   |                |    |     | 57 |    | .50                   | .42    |
|        | 46   |                |    |     |    | 71 | .51                   | .36    |
|        | 47   |                |    |     |    | 73 | .53                   | .24    |
|        | 48   |                |    |     |    | 60 | .54                   | .40    |
|        | 49   |                |    |     |    | 66 | .52                   | .24    |
|        | 50   |                |    |     |    | 56 | .41                   | .37    |
|        |      |                |    |     |    |    |                       |        |
|        |      |                |    |     |    |    |                       |        |

In de tabel zijn alle factorladingen met een waarde  $\geq 30$  gegeven.

nicatie zoals die op de afdeling al dan niet tot stand komt. Daarom besloten we schaal I: contacten op afdeling (code: C.A.) te noemen.

Schaal II bestaat uit 8 vragen, deels afkomstig uit de oorspronkelijke subschaal zelfredzaamheid en deels uit de subschaal dagelijkse bezigheden:\*

- 52. Wast de patiënt zich dagelijks zonder aandringen zelfstandig?
- 53. Wast de patiënt zich na aandringen zelfstandig?
- 54. Kleeft de patiënt zich zonder aandringen zelfstandig aan?
- 56. Besteedt de patiënt op eigen initiatief aandacht aan zijn uiterlijk?
- 57. Is het resultaat van deze inspanning dat de patiënt er (normaal) verzorgd uitziet?
- 71. De patiënt verricht geregelde werkzaamheden
- 72. De patiënt moet worden aangespoord tot het verrichten van die werkzaamheden
- 88. Beslist de patiënt zelfstandig wat hij in zijn vrije tijd doet?

Deze items geven met elkaar een indruk over het zelfstandig functioneren van de patiënt. Het betreft handelingen, die net iets meer onafhankelijkheid vragen dan die vereist is voor de meer basale vaardigheden zoals eten en drinken. Als benaming voor schaal II kozen wij: Zelfstandigheid (code: Z.S.), als aanvulling op de zelfredzaamheid, die in schaal V aan de orde komt.

Schaal III bevat 6 items uit de oorspronkelijke zelfredzaamheidschaal en 2 items uit de subschaal contacten:

- 59. Beheert de patiënt persoonlijke bezittingen?
- 60. Gaat de patiënt zelfstandig met geld om?
- 61. Neemt de patiënt initiatieven tot contact met de buitenwereld?
- 62. Belt hij op?
- 63. Schrijft hij brieven?
- 64. Gaat hij op bezoek?
- 108. Patiënt ontvangt post
- 109. Patiënt gaat met (weekend)verlof

Al deze vragen belichten een aspect van de (potentiële) relatie van de patiënt met de wereld buiten de instelling. Schaal III kreeg dan ook de benaming: Contacten Buitenwereld (code: C.B.).

Schaal IV bevat 5 vragen uit de subschaal zelfredzaamheid en 2 vragen uit de subschaal dagelijkse bezigheden:

- 65. Zou de patiënt zich buiten de instelling zelfstandig kunnen redden, wat eten en drinken betreft?
- 66. idem wat betreft lichamelijke verzorging?
- 67. idem wat betreft gaan slapen en opstaan?
- 68. idem wat betreft zijn financiën?

\* Het zal de lezer niet ontgaan dat sommige items in de vragende vorm gesteld zijn en andere niet. Bij het opstellen van de oorspronkelijke vragenlijst waren wij van mening dat de items op deze wijze het meest duidelijk waren. In de definitieve versie (bijlage E) is deze inconsistentie weggewerkt.



69. idem wat betreft zijn contacten?
78. De mogelijkheden van de patiënt zijn voldoende om te werken in een beschutte omgeving buiten de instelling
89. Wordt de patiënt voldoende initiatiefrijk geacht om ook buiten de inrichting zelfstandig recreatieve bezigheden te vinden?

Deze items peilen de mening van de staf over de kansen van de patiënt om zich in de maatschappij staande te houden. Schaal IV noemden wij: Prognose Staf (code: P.S.).

Schaal V tenslotte bestaat uit de eerste vijf vragen van de oorspronkelijke subschaal zelfredzaamheid:

46. Eet de patiënt zonder aandringen zelfstandig?
47. Eet de patiënt na aandringen zelfstandig?
48. Drinkt de patiënt zonder aandringen zelfstandig?
49. Drinkt de patiënt na aandringen zelfstandig?
50. Gaat de patiënt zelfstandig naar de w.c.?

De vragen hebben betrekking op elementaire vaardigheden, de zelfredzaamheid betreffende. Schaal V kreeg de benaming Zelfredzaamheid (code: Z.R.).

Wanneer we nu opnieuw kijken naar de tabel op p. 107 waar de samenhangen tussen de verschillende subschalen en de B.S.V.-schaal als geheel zijn weergegeven, kunnen we het volgende opmerken: de B.S.V.-schaal als geheel correleert het sterkst met de schaal Contacten Buitenwereld (III), gevolgd door Contacten Afdeling (I) en Prognose Staf (IV). Bij de subschalen onderling is de samenhang tussen Contacten Buitenwereld (III) en Prognose Staf (IV) het grootste.

Wanneer wij aannemen dat de B.S.V.-vragenlijst in zijn definitieve vorm inderdaad een maatstaf is voor het functioneren van de patiënten op chronische afdelingen, dan kunnen we hypothetisch een aantal conclusies trekken.

1. Het niveau van functioneren van de patiënt hangt in de ogen van de staf wellicht in belangrijke mate samen met zijn contacten met mensen buiten de instelling. Daarnaast spelen in dit oordeel zijn contacten op de afdeling en de prognose voor een eventueel functioneren van de patiënt buiten de instelling mogelijk een rol.
2. De mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid is relatief van ondergeschikt belang. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat de overgrote meerderheid van de chronische patiënten een grote mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid bezit. Items die voor vrijwel een gehele populatie gelijkluidend worden gescored verliezen hun discriminerend vermogen.
3. Voor de diversiteit van de dagelijkse bezigheden geldt min of meer hetzelfde. Kennelijk was het aantal inactieve en weinig ondernemende patiënten in onze populatie zo gering, dat de meeste items betreffende dit onderwerp al in het begin van de analyse werden geëlimi-

neerd. In elk geval bestond er geen duidelijk verband met de andere sociale vaardigheden.

De zin van het gebruiken van schalen als de onderhavige wordt evident als bijvoorbeeld een antwoord kan worden gevonden op de volgende vragen:

1. Zijn er bepaalde groepen patiënten, die opvallend scoren? Zo ja, wat zijn de kenmerken van deze groepen? De scores geven dan een bepaalde behandelings- of verzorgingsbehoefte weer.
2. Zijn er afdelingen of ziekenhuizen, die met hun score uit de toon vallen? Zo ja, hangen deze scores samen met de materiële en/of personele voorzieningen?

In het laatste deel van dit hoofdstuk (4.8) zullen we onder andere trachten deze vragen te beantwoorden.

#### *4.7.3. De resultaten van de communicatieschalen*

Bij de bespreking van de opzet van het onderzoek (hoofdstuk 3, p. 53) stelden wij onder meer dat het afdelingsklimaat mede wordt bepaald door de wijze van samenwerken binnen de staf. Lammers en Cassee (1971) wezen op de betekenis van de groepsstructuur van de staf, waaruit een 'enigszins duurzaam patroon van optreden van de personeelsleden jegens elkaar en jegens anderen' voortvloeit. Deze tussenmenselijke betrekkingen zijn van invloed op het 'klimaat'. Daarnaast is de mate van communicatie binnen de staf ook van invloed op het therapeutisch gedrag van de verpleging (Cassee 1971). Therapeutisch gedrag wordt door deze auteur omschreven als gedrag (van het personeel) dat de genezing (van de patiënt) bevordert. Verschillende onderzoeken toonden een positief verband aan tussen de communicatie binnen de staf en de snelheid van ontslag van (somatisch zieke) patiënten (o.a. Revans 1964). Volgens Cassee (1971) wordt therapeutisch gedrag vooral geleerd op een afdeling waar een open communicatie is tussen opleider en opgeleide.

Al met al gaven de genoemde bevindingen ons voldoende aanleiding om de communicatie tussen de personeelsleden onderling in ons onderzoek te betrekken. Zoals gezegd maakten we daarbij gebruik van de schalen van Bambang Oetomo (1970), die ook door Cassee (1971) werden gebruikt (zie bijlage C). Schaal A betrof de communicatie tussen de verpleging onderling, de zogenaamde horizontale communicatie. Schaal B betrof de communicatie tussen de verpleging en de afdelingsarts(en), de verticale communicatie. Beide schalen werden door elk lid van de verpleging afzonderlijk en anoniem ingevuld. De resultaten geven derhalve geen gemeenschappelijke mening te zien, maar zijn samengesteld uit individuele opinies. In totaal vulden 67 (leerling)verpleegkundigen de vragenlijst in. Er waren op dat tijdstip (november '74) 74 verpleegkundigen aan de vier B-afdelingen tezamen verbonden, dat betekent een respons van ruim 90%.

In tabel 4.7.3. (p. 112) is een overzicht gegeven van de antwoorden van de

verpleging, gerangschikt per afdeling. Tevens zijn de gegevens vermeld van het onderzoek van Cassee. Zijn gegevens bevatten de antwoorden van 124 cursisten van de verpleegkundige stafopleidingen, onder de rang van hoofdverpleegster en werkzaam op een verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis (zie Cassee 1971). Het spreekt vanzelf dat zijn gegevens slechts zeer ten dele met onze resultaten zijn te vergelijken.

Kijken we in tabel 4.7.3. eerst naar de horizontale communicatie (schaal A), dan vallen de zeer grote verschillen direct op. Afdeling B I scoort op vrijwel alle vragen het hoogst, terwijl afdeling B III bijna steeds het laagste scoort. Het ziet ernaar uit dat de onderlinge verschillen zowel de zakelijke (bijvoorbeeld vraag 1 en 3) als de persoonlijke (vraag 2 en 5) communicatie betreffen. Beschouwen we alle antwoorden tezamen, dan zijn de verschillen van onze groep verpleegkundigen met die van Cassee maar klein. Het ziet ernaar uit, dat de werksfeer op de afdeling B I zeer plezierig moet zijn; het feit dat deze afdeling veruit de grootste is, accentueert het verschil met de andere afdelingen nog meer. Op afdeling B III blijft veel problematiek liggen, zowel in de persoonlijke als in de zakelijke sfeer.

Schaal B (verticale communicatie) laat nog grotere verschillen zien, maar deze verschillen kunnen deels worden verklaard door het feit dat afdeling B I als enige full-time over een arts kan beschikken. Dat neemt echter niet weg, dat met name op afdeling B III en B IV de communicatie met de arts wel zeer gebrekkig is, althans als zodanig door de verpleging wordt ervaren. De vergelijking met de gegevens van de algemene ziekenhuizen wordt dan ook scheefgetrokken door de afdelingen met weinig medische mankracht. Afdeling B I geeft weer een heel ander beeld. De medici houden zich kennelijk via de verpleging op de hoogte van de toestand van de patiënten; zij besteden daarbij veel aandacht aan de samenwerking met de verpleging. De vragen 4, 5 en 9 geven min of meer een index van de anti-autoritaire opstelling van de arts(en). Dit zijn dan ook de vragen die in de algemene ziekenhuizen naar verhouding minder positief zijn beantwoord, in elk geval minder positief dan op afdeling B I.

Als we de gegevens kort samenvatten, kunnen we opmerken dat er tussen de vier afdelingen grote verschillen bestaan in de communicatie door en met de verpleging. Eén afdeling, nog wel de grootste, onderscheidt zich ten opzichte van de andere drie in positieve zin; de samenwerking op die afdeling wordt door de verpleging als uitstekend ervaren. De andere afdelingen tonen een wat wisselend beeld. De communicatie met de arts, als hij beschikbaar is, is er meestal maar matig; alleen het hoofd van de verpleging profiteert ervan. De communicatie binnen de verpleging laat vooral op het persoonlijke vlak hier en daar te wensen over; als er onderlinge moeilijkheden zijn, worden die lang niet altijd uitgepraat. De informatieoverdracht echter lijkt minder vatbaar voor strubbelingen te zijn. Wanneer we de antwoorden van alle afzonderlijke verpleegkundigen ver-

gelijken, dan blijken de antwoorden op afdeling B II het minst ver uiteen te lopen, terwijl op afdeling B IV de spreiding van de individuele antwoorden het grootst was; dit geldt voor beide schalen. Overigens zijn deze gegevens onzes inziens niet interessant genoeg om er meer gedetailleerd aandacht aan te besteden. Hetzelfde geldt voor de correlaties tussen de individuele vragen en hele schalen (A en B). De resultaten van deze berekeningen leveren geen nieuwe gezichtspunten op. Het verband tussen de scores op de communicatieschalen en verschillende kenmerken van de afdelingen en de patiënten komen in 4.8 aan de orde.

#### 4.7.4. De resultaten van de observaties; het leven op de afdeling door het oog van de onderzoeker

Wanneer we ons het interactieschema (fig. 1.5.2., p. 27) nogmaals voor de

*Tabel 4.7.3. Communicatieschalen.*

*Percentage van het aantal personen dat de afzonderlijke vragen beantwoordde met 'altijd' of 'vaak'.*

##### A. Horizontale communicatie

Hoe vaak of hoe zelden zijn de volgende uitspraken van toepassing op de afdeling, waar u thans werkt?

|   | <i>afd<br/>B I<br/>n=22</i> | <i>afd<br/>B II<br/>n=14</i> | <i>afd<br/>B III<br/>n=16</i> | <i>afd<br/>B IV<br/>n=15</i> | <i>alle<br/>B<br/>n=67</i> | <i>Cassee<br/>n=124</i> |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. De onderlinge berichtgeving verloopt soepel.   | 91                          | 79                           | 44                            | 87                           | 76                         | 38                      |
| 2. Onderlinge wrijvingen en moeilijkheden zijn van geringe betekenis.                       | 82                          | 29                           | 13                            | 60                           | 49                         | 47                      |
| 3. De gang van zaken op de afdeling wordt gezamenlijk vrijuit besproken.                    | 86                          | 50                           | 19                            | 67                           | 58                         | 54                      |
| 4. De verplegenden overleggen met elkaar hoe met deze of gene patiënt moet worden omgegaan. | 95                          | 79                           | 69                            | 67                           | 79                         | 67                      |
| 5. Onderlinge moeilijkheden worden uitgesproken.  | 64                          | 29                           | 31                            | 60                           | 48                         | 42                      |
| 6. Alle verplegenden kunnen goed met elkaar overweg.  | 91                          | 79                           | 81                            | 87                           | 84                         | 77                      |
| 7. De overdracht van de diensten verloopt zonder haperen.                                   | 77                          | 100                          | 50                            | 80                           | 76                         | 81                      |

### B. Verticale communicatie

Hoe vaak of hoe zelden worden de volgende activiteiten en handelingen door de arts(en) op de afdeling waar u thans werkt, verricht?

|  | <i>afd<br/>B I</i> | <i>afd<br/>B II</i> | <i>afd<br/>B III</i> | <i>afd<br/>B IV</i> | <i>alle<br/>B</i> | <i>Cassee</i> |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| 1. Geregeld contact hebben met het hoofd van de verpleging (dagelijks=altijd).   | 91                 | 86                  | 33                   | 40                  | 65                | 93            |
| 2. Geregeld komen kijken naar zijn patiënten (dagelijks=altijd).   | 21                 | 38                  | 13                   | 40                  | 27                | 94            |
| 3. Tijdens zijn visites op zaal aan de dienstdoende verplegende(n) vragen stellen over de patiënten.                   | 31                 | 8                   | 7                    | 7                   | 13                | 50            |
| 4. Patiëntenbesprekingen houden met het gehele personeel (wekelijks=vaak).   | 100                | 8                   | 7                    | 0                   | 38                | 17            |
| 5. Luisteren naar wat de verplegende(n) over een patiënt te vertellen hebben.  | 95                 | 62                  | 20                   | 33                  | 55                | 63            |
| 6. Aan het verplegend personeel duidelijke aanwijzingen geven in welke richting zij met de patiënt moeten gaan werken. | 86                 | 0                   | 7                    | 13                  | 22                | 57            |
| 7. Aan de verplegenden de werking van gebruikte medicijnen uitleggen.  | 50                 | 23                  | 7                    | 7                   | 25                | 36            |
| 8. Bij kwesties met patiënten duidelijk achter de verplegenden staan.  | 86                 | 54                  | 29                   | 47                  | 58                | 73            |
| 9. Met het gehele personeel de gang van zaken op de afdeling vrijuit bespreken.  | 86                 | 15                  | 7                    | 13                  | 38                | 21            |

geest halen, moeten we ons realiseren dat een deel van het daarin geschetste interactiepatroon nog niet aan de orde is gekomen. Met name zijn wij tot dusverre over de relaties van de chronische patiënten onderling slechts gedeeltelijk geïnformeerd. De BSV-schalen gaven weliswaar een indruk van de contacten van de patiënten met elkaar, de staf en de buitenwereld, maar daarmee werd het relatiepatroon op de afdeling eenzijdig, door de ogen van de verpleging, belicht.

Voor een beoordeling van de interacties op de afdeling verkozen wij de

methode van de directe observatie. Het ging ons hierbij niet zozeer om het relatiepatroon van elke patiënt afzonderlijk als om een meer objectieve indruk van het sociale klimaat op een afdeling. Inmiddels was ons gebleken (zie 4.4, afdelingskarakteristieken) dat er op elke afdeling verschillende leefgemeenschappen bestonden. De leefgemeenschappen waren meestal gecentreerd in het dagverblijf dat vaak een aantal habituele gebruikers heeft. Het was onze ervaring, welke overigens door de verpleegstaven werd onderschreven, dat bijna alle chronische patiënten hun vaste dagverblijf hadden. Zelfs was het zo, dat de meesten een vaste plaats in het dagverblijf bezetten. De relaties van de patiënten binnen de afdeling zullen dan ook mede afhankelijk zijn van het microklimaat van de verschillende dagverblijven. Dit klimaat zal weer in verband staan met de sociale vaardigheden van de groep patiënten, met wie het betreffende dagverblijf wordt gedeeld. Deze overwegingen brachten ons er toe onze observatie te richten op het sociale gebeuren in de dagverblijven. Hierbij deed zich het probleem voor dat wij ons om praktische redenen ten zeerste dienden te beperken. Immers het gadeslaan van bijna 200 patiënten met allerlei uiteenlopende gedragingen is onbegonnen werk, wanneer niet reeds bij voorbaat het kijken wordt beperkt en nauwkeurig wordt gericht op slechts een deel van die gedragingen.

Wij besloten uiteindelijk als volgt te werk te gaan:

1. Elk dagverblijf (de 4 afdelingen hadden er samen 15) werd gedurende drie achtereenvolgende avonden bezocht door een team van 2 observatoren. Er werd voor gezorgd dat elk dagverblijf driemaal door hetzelfde team werd bezocht. In totaal namen 8 observatoren aan het onderzoek deel. Op zaterdag en zondag werd niet geobserveerd, omdat sommige patiënten met weekendverlof zouden zijn.
2. De observatoren hadden de taak elk verbaal contact tussen de aanwezigen volgens een geprecodeerd systeem te scoren. De duur van elke observatieperiode was bepaald op 30 minuten na een 'inloop' van 10 minuten. Deze inlooperperiode was bedoeld om de patiënten te laten wennen aan de aanwezigheid van de bezoekers, terwijl de observatoren in de gelegenheid waren om na te gaan of hun positie in het dagverblijf hen voldoende in staat stelde het gebeuren te volgen. In een dagverblijf werd telkens op hetzelfde tijdstip begonnen met de observatie. Dit tijdstip was vastgesteld in overleg met de verpleging, die had aangegeven wanneer de meeste patiënten konden worden verwacht. Bijna steeds bleek het koffie drinken, 's avonds na het eten, de meest geschikte tijd te zijn.
3. Patiënten en staf werden op de hoogte gebracht van de komst van de observatoren. Er werd uitgelegd dat zij kwamen kijken hoe het op de afdeling toeging. Voorafgaande aan de werkelijke observaties werden verschillende trainingsbijeenkomsten belegd in een dagverblijf dat niet bij het onderzoek was betrokken. Dit gebeurde om de scoring onder de knie te krijgen en om uit te maken op welke wijze de

observatoren zich het beste zouden kunnen gedragen teneinde de normale gang van zaken zo min mogelijk te verstoren.

4. Wij hadden bij de opzet van deze observaties voor ogen, dat het misschien mogelijk zou zijn een soort indeling of rangordening te maken van de 15 dagverblijven, uitgaande van de hoeveelheid verbaal contact tussen de aanwezigen in het dagverblijf. Daarbij zou tevens worden gelet op speciaal contactbelemmerend gedrag (bizar, aggressief of autistisch gedrag).
5. Het observatieprotocol (bijlage D1 en D2) gaf als instructie dat elk verbaal contact binnen het dagverblijf apart moest worden gescored, afhankelijk van degene, die het contact probeerde te leggen en degene tot wie het gericht was. Wij gebruikten de cijfers 0 tot en met 9 als symbolen voor de codering van het verbale contact. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld iets tegen een staflid zei, werd een 7 genoteerd; het antwoord van het staflid aan de patiënt kreeg de codering 8. Zo ontstonden op een tijdslijn genoteerde cijferreeksen voor elke observatieperiode, waaruit de aard en de hoeveelheid van het verbale contact kon worden afgelezen. Daarnaast werd genoteerd hoeveel van de aanwezigen deelnamen aan de gesprekken en hoeveel er afzijdig bleven.

In de praktijk bleek dat de twee observatoren die samen hetzelfde dagverblijf 'deden' door overleg onmiddellijk na afloop een goede overeenstemming bereikten over hetgeen tijdens de observatieperiode was voorgevallen. Een algemene indruk van de observatie werd door hen in een kort verslag vastgelegd, tezamen met een situatieschets van het dagverblijf. Het kwantificeren van de totale observatiegegevens vormde een groter probleem. De dagverblijven waren immers van verschillende grootte en het aantal aanwezigen tijdens de observatieperioden varieerde sterk. Soms zaten de onderzoekers met twee patiënten in een kamer, terwijl het ook voorkwam dat er twintig mensen aanwezig waren. Gekozen werd voor een semikwantitatieve ordening van de observatiegegevens. Hiervoor maakten wij een rangordening in drie categorieën:

1. zwijgende patiënten;
2. patiënten, die alleen monologen hielden of hardop spraken zonder dat iemand erop reageerde;
3. patiënten die minstens éénmaal verbaal contact hadden met een staflid of een medepatiënt.

Elke patiënt werd na afloop van een observatieperiode geplaatst in de hoogste categorie die hij of zij had gehaald. Een patiënt die bijvoorbeeld voortdurend had gezwegen, maar één keer iets zei tegen een verpleger, kwam zodoende toch in categorie 3 terecht. Voor elk dagverblijf en elke observatieperiode werd een relatieve frequentieverdeling gemaakt, uitgaande van de aanwezige patiënten en bovengenoemde contactcategorieën. Op deze wijze kon worden berekend welk percentage van de patiënten in dagverblijf X tot verbaal contact was gekomen, per observatie

en gemiddeld over de drie observatieperiodes. Hetzelfde gold voor het percentage zwijgende en monologiserende patiënten. Een dagverblijf met gemiddeld veel zwijgende patiënten schreven wij een grotere mate van contactarmoede toe dan een dagverblijf waar telkens alle patiënten aan de gesprekken deelnamen. De rangordening van de 15 dagverblijven op basis van de gemiddelde scores over de drie observatiedagen is gegeven in tabel 4.7.4. De interpretatie van deze resultaten moet om verschillende redenen met terughoudendheid geschieden. In de eerste plaats moet rekening worden gehouden met het feit dat de aanwezigheid van een tweetal vreemden de normale gang van zaken behoorlijk kan verstoren. Wel werd geprobeerd dit effect zoveel mogelijk te verminderen door middel van de introductie via de verpleging. Verder hadden we ons voorgenomen de resultaten van de eerste observatieavond buiten beschouwing te laten, indien de verpleging tijdens of ná afloop van onze observatie de indruk zou hebben dat de patiënten zich duidelijk anders dan gewoonlijk gedroegen of als de patiënten achteraf zelf te kennen gaven dat ze zich onvrij hadden gevoeld. Dit bleek slechts enkele keren het geval te zijn, zonder dat overigens de score duidelijk afweek van die op de volgende avonden. Daarom besloten wij voor onze scoring toch het gemiddelde over de drie avonden aan te houden. In de tweede plaats moeten wij voorzichtig zijn bij het trekken van vergelijkingen tussen de dagverblijven, omdat wij uiteraard alleen het gedrag van de aanwezige patiënten observeerden en scoorden. De patiënten die gewoonlijk wel aanwezig waren maar zich met opzet of toevallig tijdens onze aanwezigheid niet lieten zien, zouden best de situatie ingrijpend hebben kunnen veranderen. Overigens waren er volgens de verpleging maar weinig consequente wegblijvers; desalniettemin vormden zij een niet te verwaarlozen factor, die jammer genoeg onbekend bleef.

De rangordening kwam als volgt tot stand: wanneer twee of meer dagverblijven een gelijke score hadden, kregen zij het gemiddelde van hun rangordegetallen. Bijvoorbeeld 11,5 voor de beide afdelingen, die ex aequo de elfde en de twaalfde plaats deelden. Bij de totaalrangorde (vierde kolom) werden voor elk dagverblijf de getallen uit de eerste drie kolommen opgeteld. Deze tabel geeft een zeer grove indruk van de verschillen die (op de dagverblijven) binnen één afdeling kunnen bestaan tussen afzonderlijke groepen patiënten. Zo heeft bijvoorbeeld afdeling B I twee zeer contactarme dagverblijven en twee dagverblijven waar een levendig contact wordt onderhouden. Al eerder kwam het heterogene karakter van deze afdeling ter sprake. In dagverblijf Ia vertoefden de meeste patiënten die nog geen jaar waren opgenomen, terwijl op Ib en Ic bijna uitsluitend zéér lang opgenomen thuishoorden. If daarentegen was het dagverblijf van een groep chronische patiënten, die een gedragstherapeutische aanpak kregen. Deze patiënten onderscheidden zich dus niet in verblijfsduur maar wel in de hoeveelheid verbaal contact van de andere chronische subafdelingen.



*Tabel 4.7.4. Observatiegegevens. Rangordening van 15 dagverblijven naar het vóórkomen van verschillende aspecten van het verbale contact.*

*Rangordening (1 = meest ongunstig)*

|                    |                          | 1                              | 2                           | 3                          |                     |
|--------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|
| <i>Dagverblijf</i> | <i>Aantal patiënten*</i> | <i>Zwijgende patiënten (%)</i> | <i>Alleen monologen (%)</i> | <i>Verbaal contact (%)</i> | <i>Totaal 1+2+3</i> |
| Ia                 | 11                       | 15 ( 0)                        | 11,5 ( 0)                   | 15 (100)                   | 41,5                |
| Ib                 | 16                       | 1 (44)                         | 3 (12)                      | 2,5 ( 45)                  | 6,5                 |
| Ic                 | 22                       | 3 (34)                         | 1 (23)                      | 2,5 ( 44)                  | 6,5                 |
| Id                 | 11                       | 6 (26)                         | 11,5 ( 0)                   | 6,5 ( 74)                  | 24                  |
| Ie                 | 8                        | 5 (29)                         | 11,5 ( 0)                   | 5 ( 71)                    | 21,5                |
| If                 | 8                        | 13,5 (10)                      | 11,5 ( 0)                   | 14 ( 90)                   | 39                  |
| IIa                | 13                       | 2 (42)                         | 2 (21)                      | 1 ( 36)                    | 5                   |
| IIb                | 18                       | 4 (31)                         | 4 ( 8)                      | 4 ( 61)                    | 12                  |
| IIIa               | 20                       | 7 (21)                         | 6 ( 5)                      | 6,5 ( 74)                  | 19,5                |
| IIIb               | 11                       | 9 (18)                         | 11,5 ( 0)                   | 9 ( 81)                    | 29,5                |
| IVa                | 11                       | 11,5 (13)                      | 5 ( 6)                      | 9 ( 81)                    | 24,5                |
| IVb                | 12                       | 10 (15)                        | 11,5 ( 0)                   | 11,5 ( 85)                 | 33                  |
| IVc                | 13                       | 13,5 (10)                      | 7 ( 4)                      | 11,5 ( 85)                 | 32                  |
| IVd                | 8                        | 8 (20)                         | 11,5 ( 0)                   | 9 ( 81)                    | 29,5                |
| IVe                | 11                       | 11,5 (13)                      | 11,5 ( 0)                   | 13 ( 87)                   | 36                  |

\* Aantal habituele gebruikers van het dagverblijf (volgens de staf).

De rangordening in kolom 1, 2 en 3 is opgemaakt aan de hand van de gemiddelde relatieve frequenties. Deze gemiddelde relatieve frequenties zijn tussen haakjes weergegeven. Hierbij werd uitgegaan van de daadwerkelijk aanwezige patiënten.

Afdeling B II toonde op beide dagverblijven een vrij uitgesproken contactarmoede. In 4.7.4. kwam al naar voren dat de stillere patiënten zich in één van de zaaltjes min of meer terugtrokken. Dit bleek ook in de praktijk het geval: zaal IIa had het minste aantal patiënten dat deelnam aan een gesprek: gemiddeld slechts éénderde van de aanwezigen kwam tot verbaal contact. In dagverblijf Ia was dit steeds 100% van de aanwe-

zigen en in de dagzalen van afdeling IV gemiddeld 80 tot 90% van de patiënten. De meeste zwijgers bevonden zich op zaal Ib: gemiddeld bijna de helft van de aanwezigen zei geen woord tijdens de observaties. Monologen waren het meest frequent op zaal Ic: bijna een kwart van de patiënten praatte uitsluitend in zichzelf. Op vrijwel de helft van de dagzalen monologiseerde niemand tijdens onze aanwezigheid (de dagverblijven met het rangordeningscijfer 11,5). Hoe deze gegevens voorzichtig geïnterpreteerd kunnen worden, komt in de volgende paragraaf aan de orde, wanneer we nader ingaan op het verband tussen de verschillende onderzoeksresultaten. Al op deze plaats kunnen we opmerken, dat de resultaten van de observaties meer als indrukken dan als feiten moeten worden beschouwd en dat we in het gunstigste geval mogen verwachten dat deze indrukken zullen aansluiten bij de gegevens die op andere wijzen werden verzameld (zoals door middel van de BSV-schalen).

*Verdere observaties.* Zoals wij in 3.3.5.5 opmerkten, moedigden onze ervaringen bij de hierboven beschreven observaties ons aan om later terug te gaan voor een meer gedetailleerd onderzoek van het dagelijks leven op de afdelingen. De bedoeling was om bij deze tweede serie observaties een klein en geselecteerd aantal patiënten over langere tijd vrij intensief gade te slaan. Hierbij zou worden gelet op de interacties van de geselecteerde patiënten met hun omgeving, maar tevens zou worden getracht een indruk van het leefklimaat op de afdelingen te krijgen door zoveel mogelijk deel te nemen aan de verschillende afdelingsactiviteiten. Van de oorspronkelijke groep van 8 observatoren waren er 4 bereid om, telkens in paren, vijf werkdagen achtereenvolgend deel te nemen aan het leven op een der afdelingen. Tijdens deze observatiedagen, die overigens van 's morgens 9 uur tot 's avonds 8 uur duurden, werden per afdeling 4 patiënten elk tweemaal per dag onder verschillende omstandigheden volgens een vast protocol geobserveerd. Daarnaast werden de gebeurtenissen van die dag vastgelegd in een logboek.

Het was onze intentie om de vragenlijsten, die door de observatoren voor de 12 patiënten werden ingevuld, enerzijds te vergelijken met de vragenlijsten die de verpleging tevoren voor dezelfde patiënten had beantwoord, anderzijds met de vragenlijsten die wij onmiddellijk ná deze tweede observatieperiode door de verpleging lieten invullen. Het vergelijken van deze drie series vragenlijsten zou ons een indruk hebben kunnen geven van de overeenstemming tussen de mening van de verpleegstaf op twee verschillende tijdstippen en de ervaringen der observatoren, waarbij het wellicht mogelijk zou zijn geweest aantekeningen te maken over de validiteit van het oordeel van de verpleging (in Stoffelmayer 1973).

Bij een nadere beschouwing van de resultaten van de tweede serie observaties is ons echter duidelijk geworden, dat het onmogelijk is de bovengenoemde vragenlijsten op een wetenschappelijk verantwoorde wijze met elkaar te vergelijken; althans om uit een dergelijke vergelijking

zinnvolle conclusies te trekken. Voor het gedeeltelijk falen van onze opzet zijn verschillende oorzaken aan te wijzen; de belangrijkste oorzaak ligt in het feit dat de observatoren ondanks hun aanwezigheid van 9-20 uur slechts enkele van de BSV-vragen door actuele observatie konden beantwoorden. Daarnaast achtten wij de periode van bijna vier maanden die was verstreken tussen het invullen van beide vragenlijsten door de verpleging te groot om te negeren. Hoewel wij dus geen gebruik zullen maken van de systematisch verzamelde gegevens van de gedetailleerde observaties, zijn wij desondanks overtuigd van de mogelijkheden van dergelijke observaties voor de evaluatie van het functioneren van chronische afdelingen. Waar ons exploratieve onderzoek methodologisch tekort schoot, kan een andere opzet succes hebben. We denken hierbij aan een beknopte vragenlijst, bijvoorbeeld uitgaande van de BSV-lijst, die min of meer gelijktijdig en onafhankelijk van elkaar zou moeten worden beantwoord door de verpleegstaf, de observator(en) en de patiënt zelf.

De tweede observatieperiode leverde overigens veel meer gegevens op dan hier aan de orde konden worden gesteld en die voor ons onderzoek van belang waren. Veel van de resterende gegevens worden afzonderlijk bewerkt door de sociologische en psychologische doctoraalstudenten, die bij de opzet en de uitvoering van de observaties waren betrokken. Toch willen wij graag een indruk geven van de ervaringen van de observatieteam, die zoals gezegd telkens een gehele werkweek op één afdeling verbleven, waarbij getracht werd zo goed mogelijk te observeren. Veel van de gebeurtenissen van deze drie observatieweken werden opgetekend in het logboek. Wij ontleenden daaruit ook de volgende gegevens betreffende twee patiënten, die in veel opzichten elkaars tegengestelde waren, hoewel hun leeftijd, verblijfsduur en diagnose nauwkeurig overeenkwamen.

*Mevrouw A.* was ten tijde van het onderzoek 63 jaar. Zij was ruim 23 jaar opgenomen en zij had ooit de diagnose schizofrenie gekregen. Haar BSV-vragenlijst liet de volgende scores zien (uitgedrukt in een percentage van de maximale score):

Schaal Contacten Afdeling: 65%

Schaal Zelfstandigheid: 69%

Schaal Contacten Buitenwereld: 0%

Schaal Prognose Staf: 0%

Schaal Zelfredzaamheid: 100%

BSV-totaalscore: 45%\*

Nu volgen enkele logboekfragmenten (observatoren A en B):

*maandag:* Tijdens het middageten zat mevr. A alleen aan een tafeltje te eten. Ze sprak niet, totdat zuster Y. een praatje met haar begon. Eerst gaf

\* Voor een vergelijking van deze (relatief lage) scores met de gemiddelde scores naar diagnose, leeftijd en verblijfsduur, zie fig. 4.8.1, 2 en 3 (p. 123 e.v.).

ze alleen antwoord, maar op een gegeven ogenblik wees ze op een ladder in haar kous. Zuster Y. zei dat die gemaakt zou worden. Tegen het einde van de maaltijd stond mevr. A. op en ging op de grond liggen. Ze bleef wel een half uur liggen totdat een van de stafleden zei: 'Gaaf u toch staan' en haar ophees. Om 19.00 uur lag ze in bed en groette ons toen we langsliepen. We hebben haar vandaag niet met andere mensen zien praten.

*dinsdag:* Toen we om 12.00 uur in het dagverblijf kwamen, lag mevr. A. op de grond. Ze kroop naar obs. A toe, maar kon hem niet bereiken. Ze begon met haar hoofd op de grond te bonken en riep klaaglijk: 'Doet zo'n pijn, zuster.' Zuster Y. wilde haar helpen, maar werd door mevr. A. direct bij haar truitje vastgegrepen. Twee andere zusters schoten te hulp. Zuster Y. trok haar truitje uit, waarna mevr. A. het snel losliet. Ze gilte en schreeuwde een flink aantal keren en gooide een stoel in de richting van een zuster. Uiteindelijk krabbelde ze overeind. Verschillende andere patiënten hadden inmiddels naar mevr. A. geroepen dat ze moest ophouden.

*woensdag:* ± 18.00 uur. Bij het bed, waarin mevr. A. gewoonlijk ligt, stond een vrouw met de jurk half over haar hoofd. Naderbij gekomen bleek het mevr. A. te zijn. Ze vroeg: 'Broeder, wilt u mijn jurk even los doen?' Obs. A. schoof haar lange haar opzij en deed de rits los. Daarna liepen we door naar het dagverblijf. Toen we een half uur later weer langs liepen, lag mevr. A. in bed. Ze sliep niet.

*donderdag:* Het was rustig in het dagverblijf. De patiënte die altijd moppert over het eten deed dat ook vandaag en een van de dames gilte een paar keer, maar daar bleef het bij. Mevr. A. liet een spuitje op de grond vallen en prikte het met haar vork weer op. Een andere patiënte had haar bord enorm volgeladen. Door ruilen met andere patiënten had ze 3 stukken vlees bemachtigd. Mevr. A. bleef zitten en sprak met niemand.

*vrijdag:* Mevr. A. had vandaag nog steeds dezelfde jurk aan, waarin we haar maandag al zagen. Twee van de stafleden hebben even tegen haar gepraat, maar ze gaf slechts heel korte antwoorden. Eén keer is ze op de grond gaan liggen, maar ze werd toen direct weer opgetild. Ze wandelde één keer samen met een broeder naar de gang. We hebben haar niet zien spreken met medepatiënten. Om 19.00 uur lag ze alweer in bed.

*Mevrouw B.* was 59 jaar. Zij verbleef ook al 23 jaar in het ziekenhuis (niet hetzelfde als dat van mevr. A.) en ook voor haar was destijds de diagnose schizofrenie gesteld.

Haar BSV-scores waren (percentages van de maximale score):

Schaal Contacten Afdeling: 100%

Schaal Zelfstandigheid: 88%

Schaal Contacten Buitenwereld: 100%

Schaal Prognose Staf: 64%

Schaal Zelfredzaamheid: 100%

BSV-totaalscore: 92%

Nu volgen we weer het logboek (observatoren C en D):

*maandag:* Na het eten zagen we mevr. B. voor het eerst in het dagverblijf. Ze werkt namelijk 's morgens in het dorp, waar we haar niet kunnen observeren. Ze maakte een vriendelijke, opgewekte en spontane indruk. Ze praatte veel tijdens de thee in het dagverblijf en ze leek heel normale gesprekken te voeren. Ze sprak ook met ons en toonde belangstelling voor wat wij hier doen. We gingen niet in op de details van onze taak.

*dinsdag:* Mevr. B. gaf ons vandaag de indruk een beetje een moederrol op de afdeling te hebben. Ze schonk haar aandacht om beurten aan verschillende medepatiënten. Tegen obs. C zei ze over een andere patiënt: 'Hij is al in de tachtig en af en toe moet je hem een steuntje in de rug geven. Je merkt hem wel niet zo erg, maar als hij er niet meer zou zijn, zou je hem toch wel missen, denk ik.' Ze stond verschillende keren op de gang met andere patiënten te praten. Vanavond was het t.v.-avond; vrijwel iedereen zat intensief naar de televisie te kijken.

*woensdag:* Vandaag hebben we mevr. B. maar weinig gezien. Vanmorgen werkte ze en vanavond was ze waarschijnlijk op haar kamer, terwijl wij in het dagverblijf aan het observeren waren. We zagen haar later nog even in de gang, waar ze met een staflid stond te praten.

*donderdag:* Op weg van het station naar het ziekenhuis kwamen we mevr. B. tegen, die met een boodschappentas uit een zijstraat kwam aanlopen. Toen ze ons zag, stak ze haar hand op en zei ons vriendelijk goededag. Vanmiddag raakte obs. D. in gesprek met enkele patiënten onder wie mevr. B. Een andere patiënt zei dat hij het niet in de haak vond dat de staf hem ervan probeerde te weerhouden om weg te gaan. Mevr. B. beaamde dat en vond dat 'elk mens recht heeft op zijn eigen privacy'.

*vrijdag:* Obs. C. at vanmiddag mee aan tafel. Mevr. B. en een mannelijke patiënt spraken nogal veel tegen hem. Mevr. B. greep in toen een van de stillere dames door een andere patiënt in verlegenheid werd gebracht. 's Middags was ze zó mobiel dat het niet mogelijk was haar een kwartier achtereen te observeren. Vanavond zat mevr. B. onder de droogkap omdat ze met weekendverlof naar de randstad gaat. Ze zat daar nog toen we afscheid namen van de afdeling.

#### 4.8. HET VERBAND TUSSEN DE VERSCHILLENDE ONDERZOEKSRESULTATEN

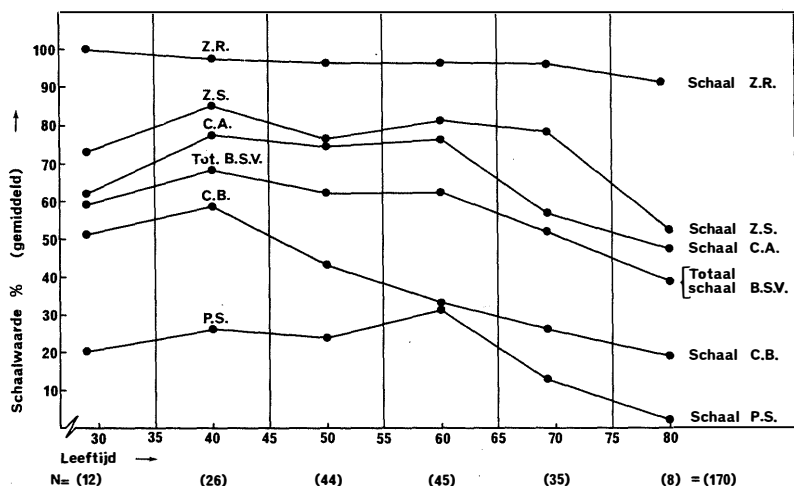
In de voorgaande paragrafen hebben we getracht verschillende aspecten van het gebruik van de chronische bedden te belichten. We hebben gekeken naar de opbouw van het personeelsbestand van de vier B-afdelingen (4.5) en naar verschillende kenmerken van de chronische patiënten (4.3) in vergelijking tot de patiënten op de A-afdelingen. Verder besteedden we aandacht aan de overeenkomsten en verschillen in de materiële voorzie-

ningen van de B-afdelingen (4.5). Het niveau van functioneren van de chronische patiënten probeerden wij te kwantificeren met behulp van een speciaal voor dit doel ontwikkelde vragenlijst (4.7.1 en 2). We verkregen een indruk van de communicatie binnen de staf door middel van een enquête aan de verpleging (4.7.3) en we maakten gebruik van observatiegegevens in de dagverblijven om ons een oordeel te vormen over het verbale contact tussen de patiënten onderling en tussen de staf en de patiënten (4.7.4).

Nu willen wij een poging ondernemen om verschillende van deze bevindingen met elkaar in verband te brengen, in de hoop meer inzicht te krijgen in de factoren die het functioneren van de chronische psychiatrische patiënten mede bepalen en beïnvloeden. Voordat we tot een interpretatie van de bevindingen overgaan, is het noodzakelijk nogmaals te wijzen op het voorbehoud dat aan het eind van hoofdstuk 3 werd gemaakt. Dit voorbehoud betrof het feit dat wij slechts een viertal afdelingen in vier verschillende ziekenhuizen voor ons onderzoek hadden geselecteerd. Immers de vier door ons geselecteerde afdelingen in vier afzonderlijke ziekenhuizen vertonen allicht meer verschillpunten dan door middel van onze opzet kon worden onderzocht. Onze selectiemethode hield tevens in dat we nauwelijks mogen spreken van een groep afdelingen die representatief is voor de populatie van alle Nederlandse B-afdelingen. Voor een exploratief onderzoek als het onderhavige achtte Blalock (1960) overigens een non-probability sample (selecte steekproef) wel degelijk nuttig en acceptabel. Uiteraard mogen eventuele conclusies dan niet tot wetmatigheden worden verheven en moet men niet spreken over bewezen relaties, maar over mogelijke verbanden. Verder onderzoek kan dan eventueel leiden tot het onderbouwen van geopperde vermoedens. Wij willen dan ook met nadruk stellen dat de in deze paragraaf gehanteerde statistische bewerkingen principieel ondergeschikt zijn aan bovengenoemde uitgangspunten. Zelfs de meest significante correlatie is naar onze overtuiging niet meer dan een voorzichtige aanwijzing.

De analyse van de oorspronkelijke BSV-vragenlijst leverde vijf nieuwe subschalen op (4.7.2) die werden benoemd aan de hand van de items, welke zij bevatten. Dit waren de subschalen Zelfredzaamheid (Z.R.), Zelfstandigheid (Z.S.), Contacten op de Afdeling (C.A.), Contacten buiten de Instelling (C.B.) en Prognose van de Staf (P.S.). In figuur 4.8.1 wordt het verband geïllustreerd tussen de leeftijd van de 170 chronische patiënten en hun score op elk van de subschalen en de totaalschaal. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de vier afdelingen; de patiënten werden als één groep beschouwd, net als bij de analyse van de vragenlijst. De schaalwaarde is de gemiddelde score van een leeftijdscategorie, uitgedrukt in procenten van de maximaal haalbare score.

Bij deze berekening werden de 170 patiënten onderverdeeld in 6 leeftijdsklassen: tot 35 jaar, 35-45 jaar, 45-55 jaar, 55-65 jaar, 65-75 jaar en 75 jaar



Figuur 4.8.1. Leeftijd en schaalcores. Gemiddelde schaalcores voor 6 leeftijds-categorieën.

Z.R. = Zelfredzaamheid  
 Z.S. = Zelfstandigheid  
 C.A. = Contacten Afdeling  
 C.B. = Contacten Buitenwereld  
 P.S. = Prognose Staf

en ouder. Voor elke leeftijdsklasse werden de gemiddelde scores berekend. Variantieanalyse van de schaalcores per leeftijdscategorie leverde de volgende F-waarden (variantieanalyse volgens groepen) op: schaal C.A.:  $F = 4,4$  ( $p < 0.001$ ); schaal Z.R.:  $F = 2,5$  ( $p < 0.05$ ); schaal C.B.:  $F = 5,3$  ( $p < 0.001$ ); schaal P.S.:  $F = 3,3$  ( $p < 0.01$ ); schaal Z.R.:  $F < 1$  (n.s.); totaal BSV:  $F = 5,1$  ( $p < 0.001$ ).

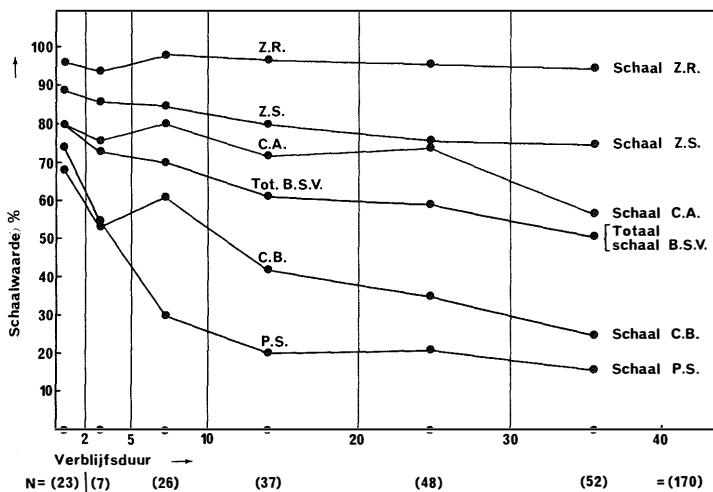
Uit de figuur blijkt dat de relatie tussen de leeftijd van de patiënten en de scores op de verschillende schalen wel enige variatie vertoont. De zelfredzaamheid (Z.R.) bijvoorbeeld neemt in tegenstelling tot de andere schalen vrijwel niet af bij de oudere leeftijdsgroepen. Kennelijk gaan deze essentiële vaardigheden ook bij bejaarde patiënten niet verloren. De zelfstandigheidsschaal (Z.S.) bevindt zich gemiddeld op een lager niveau, maar vertoont ook pas bij de alleroudste groep een, zij het flinke, daling. De schaal C.A. (contacten op de afdeling) loopt terug bij patiënten boven de 65 jaar, evenals de totaalscore, die bij de leeftijdsgroepen tot 65 jaar vrijwel gelijk blijft. De prognose van de staf (P.S.) vertoont ongeveer hetzelfde verloop. Maar de contacten met de buitenwereld (schaal C.B.) verminderen sterk bij patiënten boven de 45 jaar; de gemiddelde score loopt vrijwel rechtlijnig terug van 58% tot 19%. Van belang is nog dat de schaal die de prognose van de staf aangeeft (P.S.) voor alle leeftijden (relatief) de laagste score heeft; deze score bedraagt alleen bij de groep

55- tot 65-jarigen meer dan 30% van het maximum. De items van de schaal P.S. hebben vooral betrekking op de zelfredzaamheid en de zelfstandigheid van de patiënten. Wanneer we het verloop van de schalen Z.R., Z.S. en P.S. vergelijken, zien we dat de prognose van de verpleging bij de groep patiënten van 65-75 somberder wordt, terwijl deze groep zich op de schalen Z.R. en Z.S. *niet* onderscheidt van de jongere patiënten. Deze constatering verduidelijkt de achtergrond van de prognoses van de staf allerminst. De gehele figuur overziende kunnen we opmerken dat de BSV-scores in het algemeen pas bij de bejaarde patiënten gaan afnemen; alleen de contacten met de maatschappij verminderen al bij de patiënten boven de 45 jaar. Dit zou kunnen zijn omdat meer jongere patiënten nog ouders hebben, die de relatie met hen onderhouden. Overigens hebben wij dit niet nagegaan.

In de figuur 4.8.2 komt het verband tussen de verblijfs- of opnameduur en de BSV-scores aan de orde. Hiervoor werden de 170 patiënten verdeeld in 5 verblijfsduurcategorieën: van 2-5 jaar, 5-10 jaar, 10-20 jaar, 20-30 jaar en langer dan 30 jaar opgenomen. Ter vergelijking worden ook de gemiddelde scores gegeven van de groep patiënten, die nog geen twee jaar waren opgenomen.

Variantieanalyse van de schaalscores per verblijfsduurcategorie (F-waarden): schaal C.A.:  $F = 4,0$  ( $p < 0.01$ ), schaal Z.S.:  $F = 1,7$  (n.s.); schaal C.B.:  $F = 10,6$  ( $p < 0.001$ ); schaal P.S.:  $F = 19,5$  ( $p < 0.001$ ); schaal Z.R.:  $F = < 1$  (n.s.); totaal BSV:  $F = 10,4$  ( $p < 0.001$ ).

Deze figuur vertoont veel overeenkomst met de vorige. Een lang verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis vermindert de zelfredzaamheid maar in



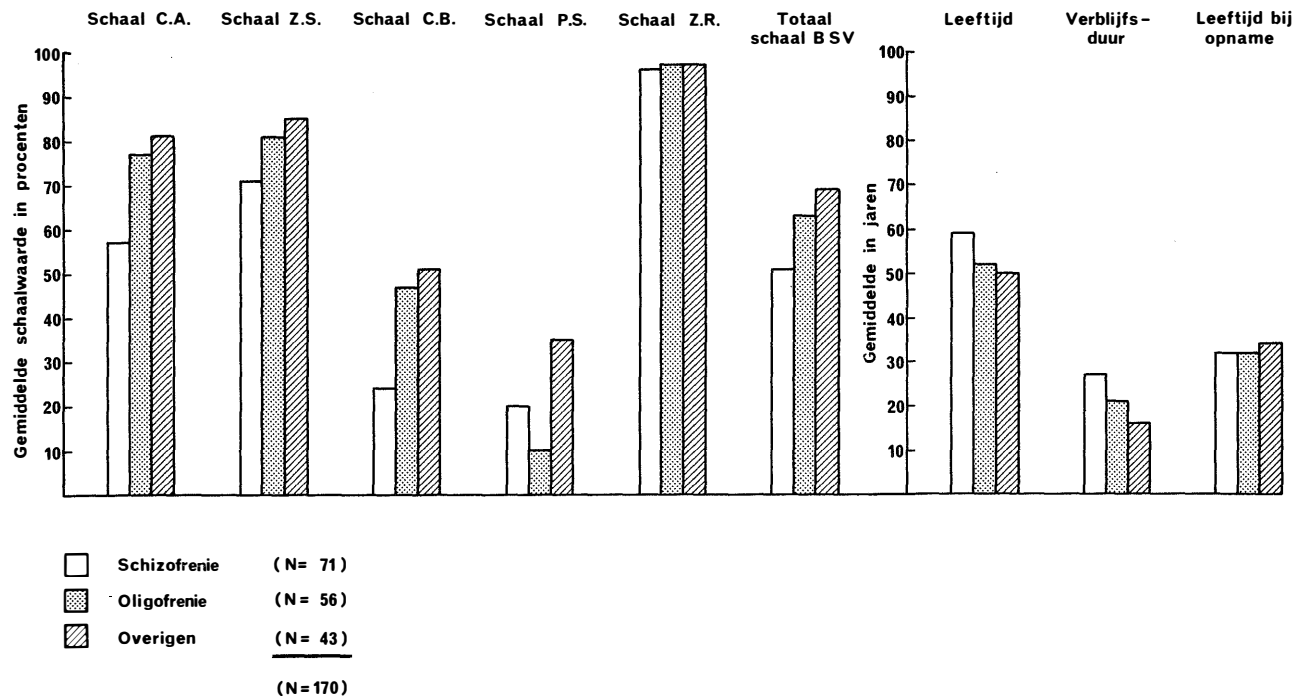
Figuur 4.8.2. Verblijfsduur en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor 6 verblijfsduurcategorieën.



geringe mate. De contacten op de afdelingen zijn pas duidelijk minder bij de groep zéér lange blijvers (30 jaar en langer). Maar na 10 jaar verblijf nemen de contacten met de buitenwereld steeds meer af. De prognose van de staf vertoont een sprekend scoreverloop, vooral aan het begin van de grafiek. De verwachtingen van de verpleging omtrent het zich kunnen handhaven in de maatschappijen zijn voor de groep patiënten die tussen de 2 en 5 jaar zijn opgenomen al veel lager dan voor de groep, die nog geen twee jaar is opgenomen. De groep, die 5 tot 10 jaar in het ziekenhuis verblijft, heeft een gemiddelde score die nog weer bijna de helft lager is (30% tegenover 55%). Als we kijken naar de scores van de groep patiënten, die tussen 5 en 10 jaar zijn opgenomen, en we vergelijken deze scores met de groep, die nog geen 5 jaar is opgenomen, valt op dat *uitsluitend* de prognoseschaal een lagere waarde laat zien. De beide contactschalen (C.A. en C.B.) tonen hier zelfs een geringe toename van hun gemiddelde scores. Als we beide figuren (4.8.1. en 2) naast elkaar leggen of beter nog: over elkaar heen projecteren, is het duidelijk dat er een grote samenhang bestaat tussen de leeftijd en de verblijfsduur van de patiënten en daardoor ook een complexe samenhang met de BSV-scores. Het ontwarren van deze samenhang is evenwel minder eenvoudig. De aantallen jonge patiënten met een lange verblijfsduur en oude patiënten met een korte verblijfsduur zijn te klein om de scores van de gehele groep patiënten naar leeftijd én verblijfsduur te corrigeren.

Wanneer we proberen de beide figuren (4.8.1 en 4.8.2) op een vergelijkbare schaal te projecteren, kunnen we echter toch iets meer zeggen over de vermoedelijke samenhang. We zien dan dat het verloop van de meeste schaalcores vrijwel parallel is, waarbij valt op te merken dat na een verblijfsduur van 10 jaar de meeste scores afnemen, terwijl het leeftijdsdiagram pas een knik laat zien bij de alleroudste groep. Met andere woorden: het ziet ernaar uit dat bij chronische patiënten de verblijfsduur eerder een negatief effect heeft op de sociale vaardigheden en dat de leeftijd pas bij de alleroudsten mede een negatieve rol gaat spelen. Alleen bij de subschaal prognose staf (P.S.) zien we géén duidelijke samenhang tussen leeftijd en verblijfsduur. Het wordt daarmee nog moeilijker om uit te maken waarop de verplegenden hun prognose baseren. De verpleging raakt somber gestemd over de mogelijkheden van de patiënt om zich in de maatschappij te handhaven, lang vóórdat hij een achteruitgang vertoont in basale sociale vaardigheden. En dat terwijl die bepaalde sociale vaardigheden juist de essentie vormen van de prognosecriteria (in schaal P.S.). De verpleging spreekt zich er niet over uit of de patiënt zal worden ontslagen, maar wat hij zal kunnen áls hij wordt ontslagen. De prognose van de staf loopt zodoende op de feiten vooruit, in elk geval op de feiten die onze BSV-vragenlijst kan objectiveren.

Misschien ligt hier wel de kern van het begrip institutionalisering. Wanneer de verpleging al na enkele jaren de kans op zelfstandig functioneren van de patiënten klein acht, zal zij zich wellicht bewust of onbewust gaan



*Figuur 4.8.3. Diagnose en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor 3 diagnosecategorieën.*

instellen op een taak van blijvende verzorging. Men kan zich best indenken dat een dergelijke houdingsverandering bij de verpleging een negatieve invloed heeft op het functioneren van de langdurig opgenomen patiënt. Dit zou o.a. tot uitdrukking kunnen komen in een vermindering van de contacten met de maatschappij buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Op grond van ons materiaal kunnen we slechts aanvoeren, dat een dergelijk verband zou kunnen bestaan. Een andere mogelijkheid is, dat de staf bij het stellen van een prognose toch in andere categorieën denkt dan in onze BSV-schaal worden vastgelegd (zie bijlagen B en E). In hoofdstuk 4 (figuur 4.3.5 en 6) besteedden wij aandacht aan de diagnose van diverse categorieën patiënten. Wij merkten op dat voor tweederde deel van alle chronische (langer dan 2 jaar opgenomen) patiënten in Nederland de diagnose schizofrenie of oligofrenie werd gesteld. Bij de 170 patiënten op de 4 onderzochte B-afdelingen vonden we zelfs 41,8% schizofrenie en 32,9% oligofrenie als diagnose (samen 74,7%). In figuur 4.8.3 geven wij de gemiddelde schaalscores voor die diagnosecategorieën: schizofrenie, oligofrenie en de overige diagnoses (restgroep).

Variantieanalyse van de schaalscores per diagnosecategorie (F-waarden); schaal C.A.:  $F = 15,7$  ( $p < 0.001$ ); schaal Z.S.:  $F = 4,9$  ( $p < 0.01$ ); schaal C.B.:  $F = 15,5$  ( $p < 0.001$ ); schaal P.S.:  $F = 7,6$  ( $p < 0.001$ ); schaal Z.R.:  $F = < 1$  (n.s.); totaal BSV:  $F = 9,0$  ( $p < 0.001$ ).

De totaalscore laat zien dat de groep van de overige diagnoses het hoogst scoort, gevolgd door die van oligofrenie en schizofrenie. De meeste subschalen wijken hier maar weinig van af. Alleen bij de prognose van de staf scoort de groep oligofrenie het laagste. De reden hiervan is opnieuw niet duidelijk. Overigens mogen we op grond van deze figuur niet zonder meer aannemen dat de diagnose schizofrenie tot gevolg heeft dat de betreffende patiënten over minder sociale vaardigheden beschikken. Immers, aan de rechterzijde van het diagram staan de leeftijd en de verblijfsduur van de 3 diagnosegroepen vermeld. Gezien het negatieve verband dat wij lieten zien tussen de leeftijd en de verblijfsduur enerzijds en de schaalscores anderzijds zouden de hier gepresenteerde verschillen best tamelijk overtrokken kunnen zijn. Teneinde dit bezwaar grotendeels te ondervangen berekenden wij tevens de gemiddelde schaalscores voor elk van de drie diagnosegroepen, nadat deze in drie leeftijdscategorieën waren onderverdeeld. Als leeftijdscategorieën kozen wij: tot 45 jaar, 45-65 jaar en ouder dan 65 jaar. De middelste leeftijdscategorie was bij elk van de drie diagnosegroepen de grootste. Voor deze 89 patiënten, allen dus tussen 45 en 65 jaar oud, vonden wij de volgende gemiddelde schaalwaarden (in procenten van het maximum):

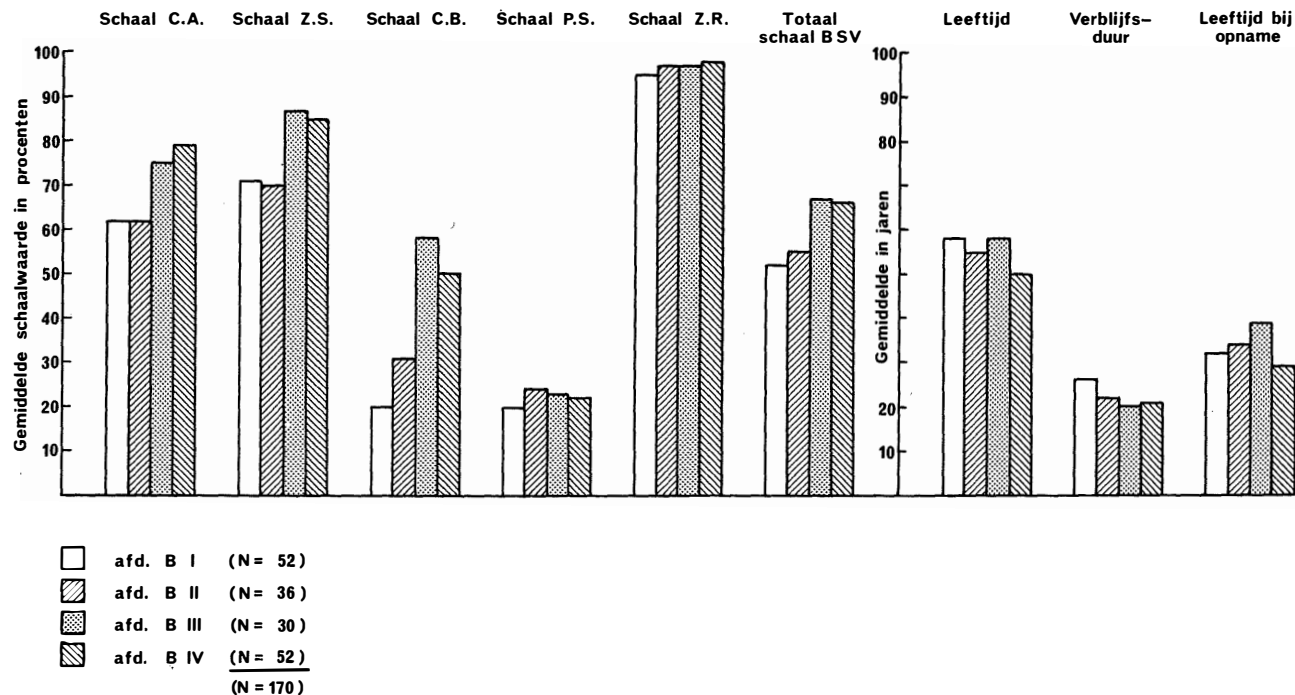
| <i>Schaal</i>                | <i>Schizofr.<br/>45-65 jaar</i> | <i>Oligofr.<br/>45-65 jaar</i> | <i>Rest<br/>45-65 jaar</i> |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Contacten afdeling (I)       | 62,2                            | 84,4                           | 85,4                       |
| Zelfstandigheid (II)         | 72,3                            | 81,7                           | 85,9                       |
| Contacten Buitenwereld (III) | 23,2                            | 48,8                           | 48,9                       |
| Prognose Staf (IV)           | 26,0                            | 19,6                           | 36,6                       |
| Zelfredzaamheid (V)          | 94,4                            | 97,4                           | 97,4                       |
| Totaal BSV                   | 53,8<br>(n = 39)                | 66,1<br>(n = 27)               | 70,4<br>(n = 23)           |

We zien dat de rangorde van de scores in overeenstemming is met figuur 4.8.3. Ook in de beide andere leeftijdscategorieën scoorden de schizofrene patiënten laag en de restgroep hoog. Alleen op schaal P.S. was de laagste score steeds die van de oligofrene patiënten. Aangezien de leeftijd bij opname geen verschil liet zien tussen de drie diagnosecategorieën, leek het ons onnodig om dezelfde berekeningen te verrichten voor verschillende verblijfsduurcategorieën. Immers patiënten van dezelfde leeftijdsgroep, die gemiddeld op dezelfde leeftijd zijn opgenomen, zullen een ongeveer gelijke gemiddelde verblijfsduur hebben. Opvallend is de lage score van de schizofrene patiënten in schaal III (contacten buiten de instelling). De beide andere groepen scoren ruim tweemaal zo hoog. Het ziet ernaar uit dat de schizofrene patiënt bij uitstek aan de instelling gebonden is. Het lijkt belangwekkend om deze bevinding met behulp van verder onderzoek nader uit te werken, bijvoorbeeld door na te gaan of het vooral de familie van de schizofrene patiënt is, die het laat afweten. De oligofrene patiënten en de restgroep hebben vrijwel gelijke gemiddelden, behalve dan het reeds gesignaleerde, maar moeilijk te verklaren verschil op de prognoseschaal. We moeten overigens wel bedenken dat de hier gepresenteerde gemiddelde scores (gemiddeld voor een groep patiënten uit dezelfde leeftijds- en diagnosecategorie) een zeer grove weerspiegeling geven van de individuele scores. Van statistische significantie is dan ook geen sprake (bijvoorbeeld wanneer we uitgaan van het gemiddelde plus of min tweemaal de standaardafwijking).

In figuur 4.8.4 zijn de schaa scores gegeven voor elk van de vier B-afdelingen.

De interpretatie van deze bevindingen is nog lastiger dan bij de voorgaande diagrammen. Weliswaar zijn er geen grote verschillen in leeftijd en verblijfsduur, maar een ongelijke verdeling van de patiënten naar diagnose kon niet worden gecorrigeerd door de te kleine aantallen in enkele van de paviljoens. De diagnose schizofrenie werd in afdeling B I gesteld bij 63% van de patiënten, in afdeling B II bij 58%, in afdeling B III bij 35% en in afdeling B IV bij 9%.

Ondanks deze aanzienlijke verschillen in de diagnostische samenstelling van de vier afdelingen kunnen we toch enkele opmerkingen maken bij de



*Figuur 4.8.4. Afdeling en schaalscores. Gemiddelde schaalscores voor de vier B-afdelingen.*

bovenstaande diagrammen. Zo zagen we hiervoor dat schaal C.B. vooral laag gescoord wordt door de diagnosegroep schizofrenie. In het diagram van schaal C.B. echter ligt het gemiddelde van afdeling B III (35% schizofrenie) boven dat van afdeling B IV (9% schizofrenie). Het lijkt derhalve aannemelijk dat er tevens een afdelingsvariabele van invloed is geweest op deze scores. Het ligt voor de hand hierbij aan de ligging van de afdeling te denken, temeer daar het om contacten met de buitenwereld gaat. Inderdaad is de ligging van instelling IV bepaald landelijker dan die van instelling III, maar dit is uiteraard slechts een van de mogelijke verklaringen. Het is bijvoorbeeld ook denkbaar dat de beoordeling door de staf een systematisch verschil vertoont; dit hebben wij immers niet kunnen uitsluiten (4.7.4).

Merkwaardig is verder nog dat de schaal P.S. zo weinig variatie vertoont. De weergave van gemiddelde waarden heeft evenwel het nadeel dat een grote interne spreiding kan worden gemaskeerd. Variantieanalyse van de schaalscores per afdeling leverde voor de verschillende schalen de volgende F-waarden op: schaal C.A.:  $F = 5,4$  ( $p < 0.01$ ); schaal Z.S.:  $F = 5,0$  ( $p < 0.01$ ); schaal C.B.:  $F = 16,7$  ( $p < 0.001$ ); totaal BSV:  $F = 9,0$  ( $p < 0.001$ ); voor de beide andere schalen waren de bevindingen niet significant ( $F < 1$ ). Dit betekent onder meer, dat met name de patiënten op de afdelingen B III en B IV als groep op de meeste schalen significant beter scoren dan de patiënten op B I en B II. Dit geldt vooral voor schaal C.B. en de totaalscore.

Naast de scores die de patiënten op de BSV-schalen hadden behaald, beschikten we nog over een aantal gegevens met behulp waarvan de afdelingen onderling vergeleken konden worden. Aan enkele van deze variabelen werd al aandacht besteed. We vergeleken reeds het personeelsbestand en de materiële voorzieningen (4.5), en bespraken de communicatieschalen (4.7.3). Nu willen wij proberen zoveel mogelijk van de bevindingen samen te brengen, teneinde een totaalindruk te krijgen van de verschillen en de overeenkomsten die er tussen de onderzochte afdelingen bestonden. In 3.3.5.2 stelden wij dat aan het afdelingsklimaat een aantal aspecten is te onderscheiden. Een van deze aspecten wordt gevormd door de communicatie tussen de gebruikers van de afdeling, de staf en de patiënten. Een ander aspect kan worden aangeduid als de mogelijkheid tot ontplooiing voor de patiënten. Deze komt tot uitdrukking in de mate van privacy en in enkele andere, vooral materiële voorzieningen. Verder speelt ook de hoeveelheid personeel, verdeeld over verschillende disciplines, een rol. Tenslotte kan het afdelingsklimaat ook nog worden beïnvloed door de hoeveelheid psychofarmaca die aan de patiënten werd verstrekt. De relatie tussen het gebruik van psychofarmaca en het afdelingsklimaat is niet zonder meer duidelijk, maar men zou zich kunnen voorstellen dat een hoog gebruik gepaard gaat met minder verbaal contact en dat de aanwezigheid van veel personeel de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen zou kunnen doen verminderen.

In tabel 4.8.5 zijn de vier afdelingen gerangschikt naar een aantal variabelen, die betrekking hebben op het afdelingsklimaat, zoals wij dat hebben omschreven. Wij kozen hierbij om verschillende redenen voor de semi-kwantitatieve methode van de rangordening. Ten eerste voor de overzichtelijkheid van de tabel; de scores van de afzonderlijke items zouden anders in minstens vier verschillende eenheden moeten worden uitgedrukt (bijv. aantallen personen, voorwerpen, bijeenkomsten en tabletten). Ten tweede om een kunstmatige exactheid zoveel mogelijk te vermijden. Veel van de gegevens berustten op éénmalige tellingen, die in de tijd best aanzienlijk zouden kunnen variëren. Bij de methode van de rangordening wordt alleen aangegeven, dat de ene afdeling op een of andere onderdeel beter scoort dan een andere afdeling, maar hoeveel beter wordt niet vastgelegd. En ten derde om kleine onderlinge verschillen te kunnen wegwerken door afdelingen hetzelfde rangordegetal toe te kennen. Het geheel levert dus een subjectief gekleurde tabel op, waarin het oordeel van de onderzoekers sterk meespreekt. Toch willen wij de tabel presenteren om duidelijk te maken hoe moeilijk het is om een zinvol verband te leggen tussen de verschillende variabelen wanneer we uitgaan van vier afdelingen, die op vele punten van elkaar afwijken.

Wanneer we de tabel bekijken, kunnen we concluderen dat het onmogelijk is op grond van deze gegevens een van de afdelingen uit te roepen tot de beste. Ook een soort overall rangordening is onzes inziens niet te verdedigen en de verleiding om door optelling een dergelijke rangordening te verkrijgen moet dan ook worden weerstaan. Wel is het zo dat afdeling B IV slechts op één onderdeel de meest gunstige positie inneemt; de andere afdelingen doen dit veel vaker. Zo is afdeling B I (naar we al wisten) het beste voorzien van artsen en scoort ook het hoogste op de communicatieschalen. Afdeling B II heeft veel verpleging (ook 's nachts) en een relatief laag psychofarmacagebruik.\*

Afdeling B III steekt gunstig af op het gebied van de materiële voorzieningen. Afdeling B IV blinkt eigenlijk nergens in uit. Toch zagen we in figuur 4.8.4 dat de gemiddelde BSV-scores juist op die afdeling hoog waren! Wanneer we al deze gegevens overzien, moeten we concluderen dat het begrip afdelingsklimaat verder geoperationaliseerd moet worden, alvorens de relatie tussen het afdelingsklimaat en het functioneren van de chronische patiënten duidelijk gemaakt kan worden. Daarnaast lijkt het ons van belang veel meer afdelingen bij eventueel verder onderzoek te betrekken, waardoor correlatieberekeningen mogelijk worden.

Ondanks het explorerende karakter van ons onderzoek en de beperkte schaal waarop dit werd uitgevoerd, bleek het toch mogelijk de samenhang

\* Bij de vergelijking van de verschillende geneesmiddelen werden de totale doses gecorrigeerd naar vergelijkbare werkzaamheid en vervolgens opgeteld. Zo stelden wij bijvoorbeeld 1 mg. serenase (haloperidol) gelijk aan 25 mg. largactil (chloorpromazine). Een en ander gebeurde op basis van 'klinisch inzicht'.

**Tabel 4.8.5. Enkele aspecten van het afdelingsklimaat. Rangordening van de B-afdelingen naar een aantal voorzieningen en kenmerken, het afdelingsklimaat betreffende.**  
**Rangordening: 1 = het meest gunstig; 4 = het meest ongunstig.**

|                              | B I | B II | B III | B IV | Toelichting op het rangnummer 1                                 |
|------------------------------|-----|------|-------|------|---|
| Grootte van de afdeling      | 4   | 1,5  | 1,5   | 3    | Minste aantal bedden = 1 (varieert van 32-90)                   |
| Aantal psychiaters           | 1   | 2    | 3,5   | 3,5  | Meeste per 100 bedden = 1 (varieert van 0-1,1)                  |
| Aantal overige artsen        | 1   | 4    | 3     | 2    | Meeste per 100 bedden = 1 (varieert van 0,1-1,1)                |
| Aantal verplegenden*         | 3   | 1,5  | 1,5   | 4    | Meeste per 100 bedden = 1 (varieert van 29-44)                  |
| Aantal huish. personeel      | 1,5 | 1,5  | 4     | 3    | Meeste per 100 bedden = 1 (varieert van 3-9)                    |
| Aanwezigheid staf 's nachts  | 3   | 1,5  | 1,5   | 4    | Meeste per 100 bedden = 1 (varieert van 2-6)                    |
| Frequentie stafbesprekingen  | 1,5 | 1,5  | 3,5   | 3,5  | Meeste per maand = 1 (varieert van één per mnd. tot één p. dag) |
| Indruk dagverblijven         | 3   | 4    | 1,5   | 1,5  | Beste = 1   |
| Indruk slaapvertrekken       | 4   | 2    | 1     | 3    | Beste = 1   |
| Indruk sanitair              | 2   | 2    | 2     | 4    | Beste = 1   |
| Indruk privacy               | 3,5 | 2    | 1     | 3,5  | Beste = 1   |
| Alg. indruk materiële voorz. | 3   | 2    | 1     | 4    | Beste = 1   |
| Gebruik neuroleptica         | 1,5 | 3,5  | 1,5   | 3,5  | Minste p. 100 pat. = 1 (varieert van 190-580 tabl.)             |
| Gebruik antidepressiva       | 3   | 1    | 4     | 2    | Minste p. 100 pat. = 1 (varieert van 0-1500 mg.)                |
| Gebruik tranquillizers       | 3   | 1    | 3     | 3    | Minste p. 100 pat. = 1 (varieert van 0-300 mg.)                 |
| Totaal psychofarmacagebruik  | 2   | 1    | 3,5   | 3,5  | Minste p. 100 pat. = 1  |
| Horizontale communicatie     | 1   | 3    | 4     | 2    | Hoogste gem. score = 1 (varieert van 44-84%)                    |
| Verticale communicatie       | 1   | 2    | 3     | 4    | Hoogste gem. score = 1 (varieert van 31-79%)                    |

\* Gediplomeerden én leerlingen.

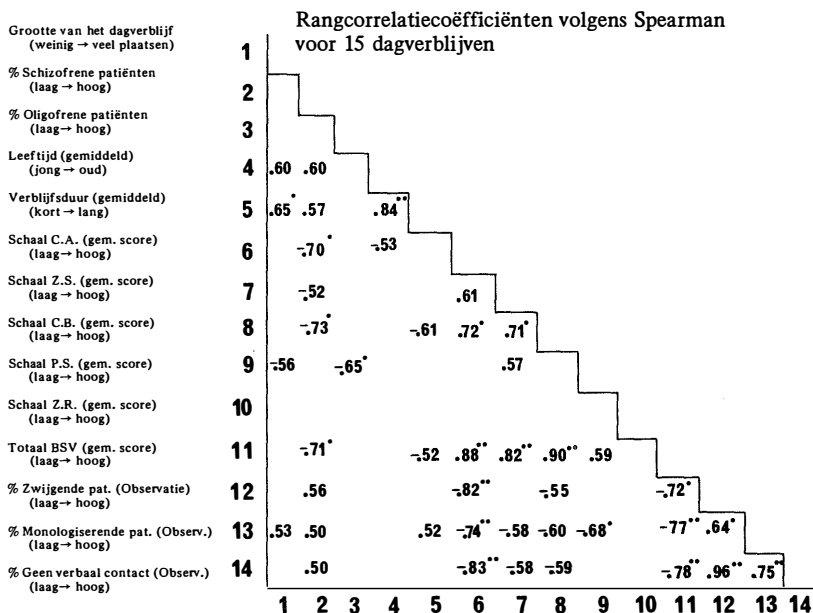


tussen een aantal van onze bevindingen na te gaan. Om dit te kunnen doen, moesten we afstappen van de indeling in vier paviljoens. In plaats daarvan gingen we uit van de 15 dagverblijven, waar onze observaties hadden plaatsgevonden. Voor elk van de dagverblijven was bekend welke patiënten daar thuishoorden. De patiënten, die niet in één bepaald dagverblijf thuishoorden, werden na overleg met de desbetreffende verpleegstaf ingedeeld bij het dagverblijf, waar zij meestal vertoefden. Voor 5 patiënten bleek dit onmogelijk, omdat ze hun tijd gelijkelijk over twee dagverblijven verdeelden of omdat ze maar zelden in een dagverblijf kwamen. Vervolgens werden per dagverblijf opnieuw de BSV-scores berekend voor de groep patiënten die er thuis hoorden. Deze gemiddelde scores werden samen met de reeds besproken observatiegegevens en enkele gegevens betreffende de diagnose, de leeftijd en de verblijfsduur van de patiënten in een rangcorrelatiematrix gebracht. In tabel 4.8.6. (p. 134) zijn de correlatiecoëfficiënten volgens Spearman gegeven waarvoor gold:  $p < 0.05$ .

De tabel laat onder meer de volgende correlaties zien:

1. In de grootste dagverblijven vinden we vooral oudere mensen, die langer zijn opgenomen. In deze verblijven monologiseren meer patiënten dan in de kleinere en is de prognose van de staf (schaal P.S.) ongunstiger.
2. Een hoog percentage schizofrene patiënten in het dagverblijf hangt onder andere samen met lage gemiddelde scores voor de schalen C.A., Z.S., en C.B. en de totale BSV-schaal. Verder vonden we hier relatief weinig of eenzijdig verbaal contact tijdens de observaties.
3. Een hoog percentage oligofrene patiënten in het dagverblijf hangt duidelijk samen met een sombere prognose van de staf (schaal P.S.) wat betreft de mogelijkheid van de patiënten om zich in de maatschappij te handhaven.
4. Er bestaat een negatief verband tussen de gemiddelde leeftijd van de patiënten en het contact op de afdeling (schaal C.A.).
5. Een gemiddeld lange opnameduur van de patiënten in het dagverblijf correleert met een geringere hoeveelheid contacten met de buitenwereld (schaal C.B.) en met een lagere BSV-totaalscore. Verder hebben dagverblijven met een lange gemiddelde opnameduur relatief veel monologiserende patiënten.
6. Verschillende BSV-schalen vertonen onderling een sterke correlatie. De totaalscore hangt het meest duidelijk samen met de scores op de subschalen C.B., C.A. en, in iets mindere mate, Z.S. De mate van contact op de afdeling en van de patiënten met de buitenwereld beïnvloeden de gemiddelde totaalscore binnen het dagverblijf dus het meest.
7. De observatiegegevens zijn in overeenstemming met de BSV-scores. De schaal Contacten Afdeling (C.A.) correleert sterk met de mate van verbaal contact binnen het dagverblijf. Daarnaast bestaat er ook

*Tabel 4.8.6. Samenhang tussen een aantal patiëntengegevens (leeftijd, diagnose, verblijfsduur), de BSV-scores, het geobserveerd gedrag en het dagverblijf, waar de patiënten als regel thuishoren.*



Alleen gegeven de waarden waarvoor geldt:  $p < 0.05$

- Voor waarden met één stip geldt:  $p < 0.01$
- Voor waarden met twee stippen geldt:  $p < 0.001$

een samenhang tussen de subschalen Z.S. (zelfstandigheid) en C.B. (contacten buitenwereld) enerzijds en de verbaal-contactscore anderzijds in die zin dat in dagverblijven met hoge gemiddelde scores op deze beide subschalen veel verbaal contact kon worden geobserveerd. Ook de totaalscore correleert op soortgelijke wijze met de observatiegegevens.

8. Tenslotte wijzen we nog op het — op zich niet verrassende — negatieve verband tussen schaal P.S. en het percentage monologiserende patiënten. Al enkele malen kwam ter sprake hoe moeilijk het was een relatie te leggen tussen de prognose van de staf en andere scores. Misschien is dit gegeven een aanwijzing, dat de staf in haar prognose meer aspecten van het gedrag van de patiënten betrok dan in de BSV-schalen tot uitdrukking kwam.

In deze paragraaf probeerden wij aan te tonen welke samenhang er bestond tussen de bevindingen uit de verschillende stadia van ons onderzoek. Hiertoe werden gegevens van het patiënten- en het personeelsbestand van de afdelingen vergeleken met de materiële voorzieningen, met

de scores van de BSV-vragenlijsten, met de communicatiescores van de verpleging en met de observatiegegevens. Sommige van deze gegevens werden tevens in een correlatiematrix verwerkt. Wanneer we de resultaten van deze bewerkingen overzien, kunnen we, met veel voorbehoud vanwege de beperkte omvang van het materiaal, enkele gevolgtrekkingen maken:

1. Uitgaande van de na reconstructie verkregen basale sociale vaardighedenschalen als meetinstrument voor het functioneren van de chronische patiënten, vonden wij een positief verband tussen een of meer BSV-schalen en een aantal variabelen van afdelingen, dagverblijven en patiënten.
2. Van de BSV-schalen correleerden de subschaal C.B. (contacten buiten de instelling) en de totale BSV-schaal het sterkst met de meeste onderzochte variabelen.
3. Een hoge score op de totale BSV-schaal én op de subschaal C.B. correleerde significant met:
  - a. meer jongere patiënten;
  - b. minder lang opgenomen patiënten;
  - c. meer andere diagnoses dan schizofrenie;
  - d. veel verbaal contact tussen de patiënten in het dagverblijf.
4. De score op de zelfredzaamheidschaal (Z.R.) correleerde met geen van de onderzochte variabelen.
5. De score op de subschaal prognose staf (P.S.) had alleen een positief verband met de score op de subschaal zelfstandigheid (Z.S.) en verder een negatief verband met de grootte van het dagverblijf en het aantal oligofrene patiënten in het dagverblijf. Dit terwijl er geen (negatief noch positief) verband bestond tussen deze schaal P.S. en het aantal schizofrene patiënten.
6. Het bleek niet mogelijk een samenhang aan te tonen tussen verschillende aspecten van het afdelingsklimaat (bijv. de materiële voorzieningen) en de voorgaande bevindingen. Dit is te wijten aan het ontbreken van een eenvoudig instrument om de verschillende aspecten van het afdelingsklimaat te scoren. Het aantal variabelen met behulp waarvan het begrip afdelingsklimaat werd geoperationaliseerd, bleek te groot en mogelijk elkaar te zeer neutraliserend om tot een uitspraak te kunnen komen.
7. Het was evenmin mogelijk om de vier onderzochte afdelingen op basis van de kwaliteit van het afdelingsklimaat een totaalrangschikking te geven, in die zin dat een van de afdelingen tot de beste kan worden uitgeroepen. Dit was wel mogelijk voor enkele aspecten van het afdelingsklimaat (zoals de communicatie en de materiële uitrusting). Overigens is de bevinding dat het afdelingsklimaat zo sterk wisselde op zichzelf wél van veel belang. Het maakt opnieuw duidelijk hoe groot de verschillen kunnen zijn tussen chronische afdelingen.

8. Patiënten, die werden opgenomen op chronische afdelingen, vertoonden de eerste 10 jaar na hun opneming *geen* achteruitgang in hun basale sociale vaardigheden. Toch was de verpleging al na twee jaar pessimistisch over het vermogen van deze patiënten om in de maatschappij voor zichzelf te zorgen.

## 5. *Conclusies en beschouwingen*

Het verkrijgen van meer inzicht in het actuele gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen vormde de doelstelling van deze studie. In de inleiding van hoofdstuk 3 gaven wij aan welke aspecten van dat gebruik vooral onze aandacht zouden krijgen. We besloten ons te richten op de patiënten van verschillende afdelingen om na te gaan of afdelingen aan de hand van hun patiëntenbestand getypeerd zouden kunnen worden. Daarnaast waren we geïnteresseerd in de kenmerken van het personeel, dat zich met de patiënten bezighield en in laatste instantie ook in het effect van hun bemoeienissen. Als uitgangspunten voor ons onderzoek formuleerden wij een drietal stellingen, die wij hier nogmaals beknopt weergeven:

1. De bedden in psychiatrische ziekenhuizen zijn te verdelen in A-bedden en B-bedden. A-bedden worden bezet door patiënten die nog geen twee jaar zijn opgenomen; B-bedden door hen die langer dan 2 jaar zijn opgenomen.
2. Een maat voor het doelmatige gebruik van het A-bed is de ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.).
3. Een maat voor het doelmatige gebruik van het B-bed is het niveau van functioneren van de patiënt, die het bed bezet.

Op praktische gronden werd besloten het onderscheid in A- en B-bedden te vervangen door een onderscheid in A- en B-afdelingen. De begrippen 'succesvol ontslag', 'niveau van functioneren', 'A-afdeling' en 'B-afdeling' werden geoperationaliseerd. Vervolgens werd een viertal vragen gesteld waarvan wij meenden dat ze wellicht door ons onderzoek beantwoord zouden kunnen worden.

1. Zijn er verschillen tussen de A-afdelingen en de B-afdelingen wat betreft de ter beschikking staande personele en materiële voorzieningen en zo ja, waaruit bestaan die verschillen?
2. Zijn dergelijke verschillen (ook) aantoonbaar tussen de A-afdelingen van de verschillende ziekenhuizen en tussen de B-afdelingen van de verschillende ziekenhuizen?
3. Wat zijn de verschillen tussen de A-afdelingen wat betreft de effectiviteit van de behandeling en bestaat er verband tussen de effectiviteit en sommige afdelingsvoorzieningen? Dezelfde vraag geldt voor de B-afdelingen.
4. Zijn er conclusies te trekken uit de gevonden verschillen met betrek-

king tot de financiering van de intramurale zorg, bijvoorbeeld met het oog op de verpleegprijs?

Het ligt op onze weg om nu na te gaan of bovenstaande vragen op grond van onze bevindingen beantwoord kunnen worden of wellicht al beantwoord zijn. De eerste drie vragen houden rechtstreeks verband met ons onderzoek, terwijl wij op de laatste vraag in zullen gaan bij de bespreking van de consequenties, die onze bevindingen voor de geestelijke gezondheidszorg zouden kunnen hebben.

## 5.1. ENKELE KANTTEKENINGEN BIJ DE WERKWIJZE VAN HET ONDERZOEK

In de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen verblijven voortdurend ongeveer 26 000 mensen, die evenveel psychiatrische bedden bezetten. Circa 10% van deze 26 000 bedden bevindt zich in de vier psychiatrische ziekenhuizen in Groningen en Drenthe, die het werkterrein vormden voor ons onderzoek. Tijdens dit onderzoek namen wij een kleine 400 bedden onder de loupe; dit is zowat 1,5% van alle psychiatrische bedden in Nederland. Wij selecteerden de te onderzoeken bedden na een classificatie van alle ziekenhuisafdelingen in afdelingen met respectievelijk kort en langdurig verblijvende patiënten. Deze selectie was tevens gericht op het elimineren van afdelingen met een specifiek patiëntenbestand, zoals een psychogeriatrische afdeling en een therapeutische gemeenschap voor adolescenten. Daarmee onderkennen wij het probleem, dat niet *alle* afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zonder meer in A- en B-afdelingen zijn te verdelen. Juist de afdelingen waar speciale categorieën patiënten worden behandeld, zullen nogal eens een gemengde functie hebben met daarbij tamelijk eigen materiële en personele voorzieningen. Van een aslecte steekproef uit de nationale of noordelijke beddenpopulatie was dan ook geen sprake. Dit betekent dat wij ons bezighielden met een betrekkelijk willekeurig gekozen groep onderzoekselementen, die zeker niet zonder meer representatief geacht kan worden voor 'het psychiatrische bed' in Nederland. Generaliseren op grond van de gegevens, die dit onderzoek heeft opgeleverd, moet met terughoudendheid geschieden. Wij hebben getracht dit generaliseren zoveel mogelijk te vermijden.

Bij de opzet van deze studie stond het verkrijgen van meer inzicht in het gebruik van de psychiatrische bedden centraal. Wij hadden de keus uit twee mogelijkheden: óf enkele aspecten van dit gebruik uitvoerig belichten, óf meerdere aspecten minder intensief onderzoeken. Wij kozen voor de laatstgenoemde aanpak, omdat wij wilden laten zien hoeveel verschillende factoren een rol spelen bij het gebeuren rondom de (chronische) patiënt. In dit licht bezien zijn de feitelijke resultaten van ons onderzoek niet overdonderend. Vele verschillende aspecten van het leven op de afdelingen passeerden de revue, maar door de veelheid van factoren was

het vaak niet mogelijk om scherpe vergelijkingen te trekken of bevindingen hard te maken. De grote onderlinge verschillen tussen de afdelingen, met name wat betreft het afdelingsklimaat, hadden wij niet voorzien. Ook hierbij heeft het feit ons parten gespeeld, dat wij slechts vier afdelingen onderzochten.

Alvorens nader in te gaan op de vragen, die als uitgangspunt voor ons werk hebben gediend, willen wij de belangrijkste bevindingen recapitulieren:

1. Op een betrekkelijk eenvoudige wijze kon voor elk ziekenhuis het aantal A- en B-afdelingen worden vastgesteld. Daarmee werd een maatstaf verkregen voor het bepalen van de grootte van respectievelijk de behandelings- en de verzorgingsfunctie van een ziekenhuis. Zoals reeds werd opgemerkt, is deze indeling niet geschikt voor een aantal gespecialiseerde afdelingen.
2. Tussen de onderzochte A-afdelingen en de B-afdelingen bestond een systematisch verschil in het aantal beschikbare personeelsleden (van bepaalde categorieën), maar niet zozeer in de materiële voorzieningen. Dat er géén systematisch verschil bestond tussen de A- en de B-afdelingen kan overigens niet zonder meer als gunstig worden beschouwd, omdat aan de chronische B-afdelingen als langdurig leefmilieu andere eisen moeten worden gesteld. Verder bleek het onmogelijk om de beschikbaarheid van het paramedische personeel in de verschillende bezigheids- en therapeutische voorzieningen per afdeling vast te stellen.
3. De effectiviteit van de kortdurende opname kon worden gekwantificeerd door gebruik te maken van de gegevens betreffende de opnames, ontslagen en heropnames van het centrale patiëntenregister. Aangetoond werd dat een ziekenhuisbeleid, dat leidt tot snel ontslag en veel heropnames, géén nadelige invloed op onze maat (de Succesvol Ontslag Ratio) voor de effectiviteit van A-afdelingen behoeft te hebben.
4. Voor de evaluatie van het gebruik van de chronische (B-)bedden werd een sociale vaardigheden-schaal (BSV) ontwikkeld en geanalyseerd. Het verband tussen het niveau van functioneren (geoperationaliseerd in scores op de BSV-lijst) van chronische patiënten en verschillende afdelingskenmerken, zoals de communicatie tussen de verplegenden en diverse aspecten van het afdelingsklimaat, werd onderzocht, maar leidde niet tot verstrekkende conclusies. Dit werd mede geweten aan het feit, dat het afdelingsklimaat op de vier onderzochte afdelingen wat betreft de verschillende facetten zo sterk uiteenliep dat van het vaststellen van een globale rangorde van afdelingen geen sprake kon zijn.
5. De onderzochte groep van 170 chronische patiënten bleek vrijwel zonder uitzondering een grote mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid te bezitten (deze beide begrippen werden door middel van de

BSV-lijst geoperationaliseerd). Wij zijn dan ook geneigd om de bruikbaarheid van deze maten, voor het discrimineren tussen groepen patiënten of tussen afdelingen, in twijfel te trekken. Tenzij het gaat om voor Nederlandse begrippen uitzonderlijk slechte afdelingen, of om groepen zeer uitgebluste patiënten. De mate waarin de patiënten contact onderhielden met de wereld buiten de instelling (contacten buitenwereld, een subschaal van de BSV) varieerde daarentegen sterk. Onze maat voor het totale niveau van functioneren van chronische patiënten werd dan ook als regel het sterkste beïnvloed door de mate van contact met de buitenwereld. Vooral de oudere patiënten, zij die zéér lang waren opgenomen en degenen met de diagnose schizofrenie hadden minder contact met de buitenwereld en een lagere BSV-score dan de overige patiënten.

6. De prognose van de staf betreffende het functioneren van de patiënten buiten het ziekenhuis bleek in het algemeen tamelijk somber en niet geheel in overeenstemming met de functiescores van de patiënten. Het is niet onmogelijk dat de staf andere, door ons niet gemeenten, criteria in het oordeel betreft (zie verder 5.3, p. 143).

## 5.2. HET GEBRUIK VAN DE BEDDEN

Wij kunnen ons een psychiatrisch ziekenhuis voorstellen als een mozaïek, opgebouwd uit vele en verschillende elementen, die variëren in kleur, vorm en grootte. Kijkt men als onderzoeker erg nauwkeurig, dan vallen de afzonderlijke steentjes op, maar mist men het overzicht. Beschouwt men het geheel vanuit de verte, dan is de afbeelding wel te onderscheiden, maar ziet men de elementen over het hoofd. Het kiezen van de juiste afstand is nodig om zowel het overzicht als de nuances te kunnen registreren. Daarom kozen wij bij ons onderzoek van de psychiatrische ziekenhuizen de middenweg door niet de individuele patiënt of het ziekenhuis als geheel, maar de afdeling aan te wijzen als basis voor onze registrerende activiteiten. Naar onze mening is dit een aanvaardbare keus gebleken, omdat het mogelijk was de functie van een ziekenhuis te typeren door middel van het analyseren van de functie van zijn afzonderlijke afdelingen.

Wij gingen hierbij uit van de verdeling van alle ziekenhuisbedden in A-bedden en B-bedden. Als A-bedden beschouwden wij die bedden waarvan de gebruiker (patiënt) nog geen twee jaar was opgenomen. B-bedden werden bezet door patiënten die al langer dan twee jaar waren opgenomen. Voor het typeren van de afdelingen in A-afdelingen en B-afdelingen maakten wij gebruik van de ontslagratio en het percentage korter dan 1 jaar\* opgenomen patiënten. Met behulp van deze twee criteria verricht-

\* Zie noot p. 48.



ten wij een classificatie van 48 afdelingen van de 4 noordelijke ziekenhuizen in A- en B-afdelingen. De bevinding, dat op sommige afdelingen zowel A- als B-bedden voorkwamen, verhinderde slechts in twee gevallen de typering van de afdeling als geheel. In 4.2 (tabel 4.2.4) kwam deze typering ter sprake. Het lijkt ons te verwezenlijken om voor alle Nederlandse ziekenhuizen een dergelijke functionele typering op te stellen aan de hand van het aantal bedden dat in elk van de ziekenhuizen op de A-respectievelijk de B-afdelingen staat. Op deze wijze kan de functie van elk ziekenhuis vrij eenvoudig in een getal worden uitgedrukt. Bijvoorbeeld Ziekenhuis 'Heideheem' heeft 20% A-bedden en 80% B-bedden of 40% A-bedden, 50% B-bedden en 10% bedden met een gemengde functie. Op het belang van een dergelijke indeling komen wij terug bij de bespreking van de evaluatie van het psychiatrische ziekenhuis.

Vervolgens richten wij ons op de vragen die bij de opzet van ons onderzoek werden gesteld.

De eerste vraag betreffende de verschillen in materiële en personele voorzieningen tussen de A-afdelingen en de B-afdelingen werd reeds beantwoord in 4.5. Wij concludeerden dat de A-afdelingen over veel meer wetenschappelijk personeel en meer gediplomeerde verpleging beschikten dan de B-afdelingen. Er was echter geen systematisch verschil in de materiële voorzieningen (zoals het aantal douches of w.c.'s per 100 bedden of het aantal bedden op grote slaapzalen) aantoonbaar.

De tweede vraag kwam in dezelfde paragraaf aan de orde. De tabellen 4.5.1 en 2 gaven een overzicht van het personeelsbestand en enkele van de materiële voorzieningen voor elk van de acht onderzochte afdelingen. Wat de materiële toerusting betreft, bleken één A- en één B-afdeling met kop en schouders boven de andere afdelingen uit te steken. De overige zes afdelingen maakten op ons een verouderde indruk, wat ook in de afdelingskarakteristieken (4.4) naar voren kwam. Een van de B-afdelingen voldeed naar onze mening op het punt van het sanitair niet aan de minimumeisen, die men tegenwoordig bij huisvesting mag stellen. De andere vijf afdelingen waren kwalitatief nauwelijks van elkaar te onderscheiden maar konden evenmin ons enthousiasme opwekken. Wij zijn mét het beleidsteam van het St. Bavo ziekenhuis (1975) van mening dat vooral de huisvesting van de chronische patiënten aanmerkelijk dient te worden verbeterd en zo min mogelijk dient af te wijken van het gemiddelde woonmilieu in de maatschappij. Dat dit mogelijk is, blijkt uit het feit dat bijv. in het ziekenhuis te Franeker een groot deel (30%) van de chronische patiënten in sociohuizen van maximaal 13 personen en met veel privacy ondergebracht is.

Binnen de groep A-afdelingen vonden wij flinke verschillen in de samenstelling van het personeelsbestand. Deze verschillen lagen vooral in de medische sector en houden volgens ons verband met de 'rijkdom' aan artsen die enkele van de ziekenhuizen in vergelijking tot de andere instellingen bezitten. In het kort komt het erop neer, dat A-afdelingen welis-

waar in het algemeen beter voorzien waren van hoog gekwalificeerd personeel dan de B-afdelingen, maar dat de actuele omvang van de personeelsbezetting voor elke afdeling vooral afhankelijk was van het totaal aantal personeelsleden waarover het gehele ziekenhuis beschikte. Zo zette de instelling waaraan de meeste artsen waren verbonden meer medici in op de B-afdelingen dan een ander ziekenhuis op haar A-afdeling. Op sommige B-afdelingen was de arts overigens een zeldzame verschijning. Als we nagaan dat voor heel Nederland het gemiddeld aantal psychiaters 0,9 per 100 bezette bedden bedraagt (Bron: N.Z.I. 1974), waarbij de directies en de poliklinisch werkzame psychiaters inbegrepen zijn, is de veronderstelling gewettigd dat er veel B-afdelingen in ons land zijn, waarvoor de psychiater slechts een papieren verantwoordelijkheid heeft. Op zichzelf hoeft deze situatie niet ongunstig te zijn, mits de afwezigheid van de psychiater wordt opgevuld door een extra inbreng van (een) andere discipline(s), waardoor zijn verdwijnen niet automatisch inhoudt dat behandelen heeft plaatsgemaakt voor verzorgen. Het is overigens niet onze intentie de verzorgende taak van de psychiatrische ziekenhuizen te onderschatten; het is maar al te duidelijk geworden dat er momenteel nauwelijks alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis bestaan (Reich 1973; Giel en Schudel 1974). Wel willen wij benadrukken dat de psychiatrische ziekenhuizen de plicht hebben elke patiënt in de gelegenheid te stellen te (blijven c.q. gaan) functioneren op het voor hem hoogst haalbare niveau. Nog steeds wordt meer dan de helft van de ziekenhuisbevolking gevormd door oudgedienden, wier secundaire handicaps in vroeger jaren ongewild zijn aangekweekt en die mede daardoor nu niet meer voldoende gerevalideerd en geresocialiseerd kunnen worden. De ziekenhuizen zouden er dan ook toe over moeten gaan om alle opgenomen patiënten periodiek te 'screenen'. Bij dit periodieke onderzoek zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van de Goal Attainment Scaling (Kireschuk en Sherman 1968), die ook in ons land inmiddels toepassing heeft gevonden, zij het meestal in een wat gewijzigde versie (zie o.a. Van der Hart en Lange 1972; Bensing en Dekker 1973; Schmidt 1974 en Van der Veer 1974). Deze Doelen Kontrakt Schaal (Van der Veer 1974) is een instrument waarmee op eenvoudige wijze het behandelingsplan van elke individuele patiënt periodiek kan worden geëvalueerd en bijgesteld. Wanneer een dergelijk waarschuwingssysteem consequent (bijvoorbeeld elke 3 maanden) wordt toegepast, verdwijnt niet alleen de kans dat patiënten therapeutisch worden vergeten en onnodig tot het chronische bestand gaan behoren, maar beschikt men tevens over een instrument, waarmee het effect van verschillende behandelingsplannen op grotere schaal geobjectiveerd kan worden.

### 5.3. EVALUATIE VAN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS

Naast het beantwoorden van de vraag hoe de psychiatrische bedden worden gebruikt stelden wij ons de taak om tot een evaluatie te komen van het functioneren van afdelingen en ziekenhuizen. Wij gingen daarbij opnieuw uit van de indeling in A-afdelingen en B-afdelingen, die praktisch hanteerbaar was gebleken.

Voor het bepalen van de effectiviteit van de behandeling (of het gebruik van de bedden) op de A-afdelingen kozen we, op grond van literatuurstudie, als rendementscriterium de ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.). Het begrip S.O.R. werd in hoofdstuk 3 (p. 43) geoperationaliseerd. Wij stelden dat een A-afdeling met een hoge S.O.R. effectiever functioneert dan een soortgelijke afdeling met een lage S.O.R. Bij de toepassing van deze stelling op ons eigen materiaal kampten wij met het probleem, dat wij geen betrouwbare indruk konden krijgen van het aantal heropnemingen. Voor een exacte bepaling van het succesvolle ontslag moeten immers ook alle heropnemingen worden meegerekend, die binnen de gestelde tijd plaatsvinden in een ander ziekenhuis dan dat van waaruit de patiënt werd ontslagen. Dit is alleen mogelijk met behulp van een registratiesysteem, waarin alle opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen worden vastgelegd en waarbij een koppeling van de individuele patiëntengegevens mogelijk is. Een dergelijk systeem bevindt zich weliswaar in ons land (in Leidschendam) maar was voor ons onderzoek niet beschikbaar. Wel konden wij van dit register gebruik maken voor het toepassen van onze uitgangspunten op de gegevens van een opnamecohort van wat oudere datum dat aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit in Groningen door drs. J. van Weerden-Dijkstra wordt onderzocht. De resultaten hiervan werden weergegeven in 4.6.

Samengevat kwam het volgende naar voren: het ziekenhuis dat relatief veel mensen ontsloeg, zag ook meer van deze ontslagenen heropgenomen worden. De snelheid van heropneming hield verband met de snelheid van ontslag, maar veel ontslag op zich hield niet in, dat meer van de ontslagen patiënten binnen 3 maanden heropgenomen werden. Dus veel ontslag betekende niet tevens veel ontijdig (of onsuccesvol) ontslag.\*

Naar onze mening konden wij de bruikbaarheid van onze operationalisatie van het begrip effectiviteit voldoende aantonen. Wij hebben de stellige indruk dat het mogelijk moet zijn een model te ontwikkelen waarmee de effectiviteit van de kortdurende opneming voor alle psychiatrische ziekenhuizen kan worden berekend. Wel moet dan aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

1. Per ziekenhuis dient een inventarisatie te geschieden van alle afdelingen om een onderscheid te maken tussen die met een A-functie en die met een B-functie (wij gingen hier in 5.1 al even op in).

\* Zie voor onze formulering van het begrip succesvol ontslag: p. 35.

2. Voor elke A-afdeling dient, op geregelde tijdstippen en bij voorkeur over meerdere jaren, de ratio van het succesvolle ontslag (S.O.R.) te worden bepaald.
3. Hiervoor is een koppeling nodig van de patiëntengegevens van het ziekenhuis met die van de Centrale Patiëntenregistratie in Leidschendam.
4. Met behulp van opnamecohorten kan op gezette tijden worden nagegaan of er tussen (ex)patiënten van verschillende ziekenhuizen (of afdelingen) een discrepantie bestaat wat betreft hun totale verblijfsduur binnen en buiten het ziekenhuis. Dit is een periodieke evaluatie van het ontslagbeleid c.q. de 'draaideurpolitiek'.
5. Voor zoveel mogelijk (lieft alle) Nederlandse A-afdelingen dient de samenhang te worden berekend tussen de hoeveelheid behandelend personeel (en de beschikbare therapeutische voorzieningen) en de S.O.R. Men zou bijvoorbeeld kunnen berekenen dat bij een S.O.R. van 1,0 gemiddeld 2,5 artsen en 14 gediplomeerde verpleegkundigen beschikbaar zijn. Op die manier is op te sporen welke afdelingen sterk van het gemiddelde afwijken en kan men proberen na te gaan waarom dat zo is. Ook ligt hier een uitgangspunt voor een aangepaste normering voor de toewijzing van personeel. Over de mogelijke financiële consequenties zullen wij in de volgende paragraaf nog enkele opmerkingen maken.

In ons eigen materiaal beschikten wij helaas over te weinig A-afdelingen om een uitspraak te doen over het verband tussen effectiviteitscriteria enerzijds en de hoeveelheid behandelend personeel (en eventuele andere afdelingsvoorzieningen) anderzijds. De tendens lijkt echter duidelijk (zie ook figuur 4.2.2 en 3): hoe meer personeel, des te sneller worden de patiënten (succesvol) ontslagen.

Voor het beoordelen van de effectiviteit van de behandeling op de B-afdelingen aanvaardden wij het niveau van functioneren van de patiënten als effectiviteitscriterium. Dit werd door ons geoperationaliseerd door middel van de Basale Sociale Vaardigheden-vragenlijst. De opzet bij het ontwerpen van deze vragenlijst lag vooral in het ontwikkelen van een schaal, die te gebruiken zou zijn bij de evaluatie van chronische patiënten. Het eventuele nut van de na reconstructie verkregen BSV-schaal als effectiviteitscriterium was aanvankelijk een doel van de tweede orde. Hetgeen niet wegnam dat wij de samenhang onderzochten tussen de scores van de patiënten op (onderdelen van) de BSV-schalen en een aantal afdelingsvariabelen. We borduurden hierbij voort op het door vele onderzoekers geconstateerde therapeutische effect van het afdelingsklimaat. Dit effect kan vooral op chronische afdelingen worden verwacht. Linn (1970) liet zien dat het afdelingsklimaat op de kort opgenomen weinig invloed heeft. Vele aspecten van het afdelingsklimaat werden door middel van vragenlijsten en observaties belicht. Het bleken uiteindelijk teveel aspecten te zijn om een duidelijke samenhang tussen afdelingsklimaat en

BSV-scores aan te tonen. Verschillende correlaties tussen de variabelen van de afdelingen en de patiënten waren evenwel interessant genoeg om te presenteren (4.8).

De BSV-schaal die met behulp van een factoranalyse werd geconstrueerd, bevatte uiteindelijk 5 subschalen, die als volgt werden benoemd: Contacten Afdeling, Zelfstandigheid, Contacten Buitenwereld, Prognose Staf en Zelfredzaamheid. Opvallend was dat de subschaal Zelfredzaamheid in geen enkel opzicht discrimineerde tussen de onderzochte variabelen. Kennelijk was (en is) het niveau van zelfredzaamheid van de chronische patiënten in de door ons onderzochte ziekenhuizen hoog en gelijkmatig. Dit is op zich een belangrijk positief kenmerk van de vier instellingen. Verder bleek de schaal Contacten Buitenwereld (C.B.) met veel van de variabelen sterk te correleren. Een hoge score op deze schaal correleerde vooral met jongere en minder lang opgenomen patiënten, met meer *niet* schizofrene patiënten en met veel verbaal contact tussen de patiënten in het dagverblijf. De schaal Prognose Staf (P.S.) toonde een negatief verband met het aantal oligofrene patiënten op de afdeling; dit was opmerkelijk omdat de oligofrene patiënten als groep op de overige schalen telkens hoger scoorden dan bijvoorbeeld de diagnosegroep schizofrenie. Ongetwijfeld ligt ook hier de mogelijkheid om op grond van ons explorerend onderzoek op grotere schaal de samenhang tussen de verschillende factoren, die het leven op de chronische afdelingen beïnvloeden, na te gaan. Als we nog eenmaal terug gaan naar het interactieschema van bladzijde 27 (fig. 1.5.2), kunnen we constateren dat vrijwel alle interactiestromen, die in de figuur door lijnen zijn aangegeven, de revue zijn gepasseerd. De grootte van de verschillende krachten die op de patiënt inwerken en het netto-effect van het gehele krachtenveld kunnen wellicht het onderwerp vormen voor een volgend onderzoek. Het inzicht in het functioneren van honderden afdelingen met naar schatting 15 000 bewoners kan er alleen maar mee gebaat zijn. Ook biedt de BSV-schaal, in de uiteindelijke versie met 5 subschalen, nog wel enkele mogelijkheden voor verder onderzoek.\* In de eerste plaats zou de BSV-schaal kunnen worden gebruikt bij het periodiek 'screenend' onderzoek van de chronische patiënten, waarvoor wij in de vorige paragraaf een lans braken. Een toename van de BSV-score zou dan kunnen worden ingebouwd in de Doelen Kontraktschaal (of de Goal Attainment Scale) als een van de therapeutische doelen. Dit geldt volgens ons bij uitstek voor de subschaal die de contacten van de patiënt met de maatschappij waardeert (Schaal C.B.). Deze subschaal bleek bij onze bewerking van het materiaal de meest gevoelige te zijn, vooral bij de belangrijke categorie schizofrenie; de correlaties van deze schaal met verschillende afdelings- en patiëntenvariabelen waren sterker dan die van de andere subschalen. (Misschien zal bij verder onderzoek blijken dat

\* Tevoren dient dan echter liefst nogmaals een itemanalyse (bijvoorbeeld met behulp van een scheve rotatiemethode) te worden uitgevoerd.

schaal C.B. ook als enige schaal kan worden gebruikt.) Bovendien is het niet onwaarschijnlijk dat de score van schaal C.B. een samenhang zou kunnen vertonen met de kans op een eventueel ontslag. Ullmann (1967) wees op de relatie tussen het ontslag van chronische patiënten en de contacten die vanuit het ziekenhuis met het milieu van de patiënt werden onderhouden. Op grond van deze veronderstelde samenhang hebben wij geprobeerd een voorspelling te doen over het ontslag van patiënten op afdeling B I.\* Wij taxeerden van alle 73 aanwezige patiënten de kans op ontslag binnen 6 maanden op grond van 5 criteria: leeftijd, verblijfsduur, scoreschaal C.B., scoreschaal P.S. (prognose staf) en de BSV-totaalscore. Wij gingen uit van de oorspronkelijke frequentieverdeling van de scores en van de verdeling naar leeftijd en verblijfsduur. Van elk van de 5 frequentietabellen werd de hoogste 30% der scores geselecteerd (bij de leeftijd de jongste 30% en bij de verblijfsduur de kortste 30%). Wij gaven die patiënten een goede ontslagkans, die in alle of op één na alle selecties voorkwamen (dus 4 of 5 maal).

Na 6 maanden bleken 15 patiënten te zijn ontslagen, waarvan wij er 11 (73%) hadden voorspeld. Van alle voorgedragen patiënten (21) was 55% ontslagen, terwijl van de niet-voorgedragen patiënten (52) 8% (4 patiënten) was ontslagen.

|           |      | <i>voorspeld</i> |            |             |  |
|-----------|------|------------------|------------|-------------|--|
|           |      | <i>ja</i>        | <i>nee</i> | <i>tot.</i> |  |
| ontslagen | ja   | 11               | 4          | 15          | chi-kwadraat = 40,74<br>df = 1 p < 0.001 |
|           | nee  | 10               | 48         | 58          |  |
|           | Tot. | 21               | 52         | 73          |  |

Bij beschouwing van elk criterium afzonderlijk bleek dat tussen 35 en 47% van de aldus voorspelde ontslagen was geëffectueerd. De onderlinge verschillen tussen de voorspellingen van de 5 criteria waren derhalve gering, maar de genoemde percentages waren lager dan dat van de 'overall'-prognose (55%).\*\*

\* Op de andere afdelingen was ontslag zo zeldzaam, dat de toevalsfactor bij eventuele voorspellingen te groot zou worden.

\*\* Zo gingen wij bij de schaal 'prognose staf' uit van de 30% hoogste scores. Alle patiënten met een score van 6 of lager (het maximum was 14) op deze schaal kwamen op grond van dit uitgangspunt in aanmerking voor ontslag. Dit waren in totaal 28 personen. Hiervan werden er 12 (43%) daadwerkelijk ontslagen. Ook deze gegevens verhelderen ons inzicht in het oordeel van de staf nauwelijks.

| <i>Prognose staf</i><br><i>schaalscore (max. 14)</i> | <i>ontslagen</i> |            |
|--|------------------|------------|
|  | <i>ja</i>        | <i>nee</i> |
| 6-8  | 3                | 7          |
| 9-11   | 4                | 3          |
| 12-14  | 5                | 6          |
|  | 12               | 16         |

De aantallen zijn te klein om ons te imponeren, maar het lijkt geenszins uitgesloten dat de BSV-schalen (bijvoorbeeld op deze manier) voor de prognose van de ziekenhuis carrière te gebruiken zijn. Al eerder wezen wij op de wenselijkheid om nader onderzoek te verrichten naar de beweegredenen van de verpleging bij het voorspellen van de zelfstandigheid van patiënten na hun eventuele ontslag en de invloed van deze attitude op de omgang met de patiënten.

Al met al ziet het ernaar uit dat onze 'excursies' naar de leefgemeenschappen van de langdurig opgenomen psychiatrische patiënten aanzienlijk meer vragen oproepen dan zij hebben beantwoord. Wij hebben echter niet de pretentie gehad dat het anders zou gaan.

#### 5.4. CONSEQUENTIES VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De intramurale psychiatrie kan niet (meer) worden beschouwd als een onafhankelijke grootheid, maar is middels vele kanalen ingeschakeld in het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg. Veranderingen in de psychiatrische ziekenhuizen zullen dan ook automatisch hun weerslag vinden in het gehele hulpverleningssysteem. De bevindingen van dit onderzoek zouden aanleiding kunnen geven tot bepaalde veranderingen, welke op hun beurt vooral financiële en organisatorische consequenties met zich meebrengen. Deze veranderingen zijn in principe van tweeërlei aard: enerzijds betreft het het invoeren van maatregelen die de evaluatie van de intramurale zorg mogelijk maken, anderzijds gaat het om directe veranderingen in de bedrijfsorganisatie van de ziekenhuizen. In de voorgaande paragraaf deden wij reeds verscheidene aanbevelingen die bij invoering zouden kunnen leiden tot de ontwikkeling van een permanent evaluatiesysteem voor de gehele intramurale zorg. Om dit te bereiken zal aan nog enkele voorwaarden moeten worden voldaan:

1. De ziekenhuizen zullen moeten streven naar een differentiatie van de exploitatiekosten voor de verschillende afdelingen of afdelingstypen. Een begin kan worden gemaakt met het opsplitsen van de kosten voor het (behandelend) personeel, bijvoorbeeld in de categorieën: psychiaters, overige artsen, gediplomeerde verpleegkundigen, leerling-verpleegkundigen, psychologen, 'actieve' therapeuten en maatschappelijk werkers. In 1973 bedroeg het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie van de psychiatrische ziekenhuizen 73,2% en dit aandeel groeit jaarlijks (N.Z.I. 1974).
2. De ratio voor het succesvolle ontslag (S.O.R.), een bruikbaar effectiviteitscriterium, kan samen met de reële behandelingskosten gecombineerd worden tot een rendementscriterium. Dit criterium zou kunnen zijn: de kosten per effectieve opname. Met andere woorden: wat zijn de gemiddelde totale behandelingskosten voor de pa-

tiënten, die een succesvol ontslag bereikten. Per ziekenhuis is dit rendementscriterium bijvoorbeeld als volgt te berekenen

$$\frac{\text{Totaal behandelingskosten A-bedden (jaar)}}{\text{Totaal aantal succesvol ontslagenen (jaar)}} = \text{kosten per effectieve (succesvolle) opname}$$

Wanneer maatregelen zoals hier en in de vorige paragraaf beschreven inderdaad worden getroffen, zal men een meer objectieve kijk kunnen krijgen op de consequenties van de kortdurende intramurale behandeling voor de patiënt, het ziekenhuis en de maatschappij. Als uitgangspunt werd gesteld, dat een psychiatrische opname zo kort mogelijk dient te zijn. Het zal wellicht een kwestie van overheidsbeleid worden in hoeverre dit uitgangspunt kan worden gehandhaafd. Veel en duur personeel is nodig om een snel ontslag te waarborgen. Jones en Sidebotham (1962) toonden evenwel aan, dat een dure inrichting met veel personeel wellicht zó veel sneller kan werken dan een goedkope inrichting, dat de kosten per behandeling lager uitvallen.

Niet alle ziekenhuizen beschikken over dezelfde middelen als de best geoutilleerde onder hen. Maar is het aanvaardbaar dat de kwaliteit van de behandeling van een patiënt afhangt van de plaats waar hij toevallig wordt opgenomen? Een gedifferentieerde verpleegprijs, afgestemd op de werkelijke kosten van de behandeling en gebaseerd op de functionele bestemming van de afdeling, lijkt ons reëel en haalbaar.

Wat betreft de meer directe organisatorische consequenties van onze bevindingen willen we het volgende opmerken. Op grond van het door ons gehanteerde effectiviteitscriterium voor de B-afdelingen zijn wij niet in staat onze opinie met bewijzen te staven. Wel menen wij in de loop van het onderzoek zoveel informatie en indrukken, zowel in de vier onderzochte ziekenhuizen als in vele instellingen daarbuiten, te hebben opgedaan dat wij over voldoende 'circumstantial evidence' beschikken voor enkele aanbevelingen. In de eerste plaats betreft dit de materiële voorzieningen van de B-afdelingen. Slaapzalen en washokken zullen plaats moeten maken voor ééngesinswoningen, zoals die in Franeker en Wagenborgen al langere tijd in gebruik zijn en waar kleine groepen ernstig gestoorde patiënten functioneren op een niveau, dat in andere omstandigheden onhaalbaar lijkt. Ten tweede moet met meer inzet worden overgegaan tot het bestrijden van het zogenaamde institutionaliseringssyndroom. Bijvoorbeeld door middel van 'Token Economy'-groepen, die weliswaar arbeidsintensief zijn, maar opmerkelijke resultaten opleveren. Verder, en dat is wellicht de meest noodzakelijke verandering, moet in versneld tempo de stichting van een hele scala van tussenvoorzieningen ter hand worden genomen. Dit vereist op zichzelf al een verregaande regionale integratie van de geestelijke gezondheidszorg. Zo onder deze integratie is geen verdere ontwikkeling denkbaar (Giel en Schudel 1974). Pas wanneer een flexibel systeem zal zijn ontwikkeld, met behulp waarvan elke patiënt terechtkomt op de plaats die in overeenstemming is met zijn capa-



citeit om voor zichzelf te zorgen, niet meer en niet minder, en met een begeleiding die op continuïteit is afgestemd, zullen we ook in ons land kunnen spreken van een Community Mental Health System. De regionale verantwoordelijkheid van allen voor allen zal dan centraal staan en de eeuwige controversen tussen ambulante en intramurale zorg zullen in deze, wellicht utopische, toestand zijn verdwenen.

## 5.5. VERANTWOORDING

De onderhavige studie werd op het titelblad omschreven als een exploratief onderzoek. Exploreren is ontdekken, een 'explorer' is een ontdekkingsreiziger. Inderdaad hebben degenen die aan dit onderzoek meewerkten vaak hetzelfde gevoel gehad dat ontdekkingsreizigers moeten hebben ervaren. Men betreedt een gebied waar andere mensen wonen, met wie men eigenlijk nooit in contact komt. Buiten dit gebied heeft men een opvatting over de bewoners, die bij toetsing volkomen in strijd blijkt te zijn met de werkelijkheid. Toch blijven de buitenstaanders, beïnvloed door hun vooroordeel, meer geloof hechten aan hun eigen mening dan aan het verhaal van degene, die er is geweest.

Dit onderzoek heeft ook de intentie om een zekere relativering teweeg te brengen. Psychiatrische ziekenhuizen zijn stellig niet overbodig, maar ook zeker niet in alle opzichten onmisbaar. Belangrijke delen van de functie van de psychiatrische ziekenhuizen kunnen door andere instellingen worden overgenomen. Trimbos (1975) gaat echter te ver als hij zegt dat de inrichtingen maar flink gesnoeid moeten worden. Het valt te vrezen dat vele patiënten dan het slachtoffer van de snoeischaar worden. Het lugubere beeld van het gesticht, dat ons door Goffman, Foudraine, Van Eyk-Osterholt en Paull werd voorgehouden, is in zijn algemeenheid niet waar voor de huidige Nederlandse situatie. Eenzaamheid, triestheid en isolement komen we in de psychiatrische ziekenhuizen zeker tegen, maar wreedheid en onderdrukking hebben nauwelijks méér van doen met de klinische psychiatrie dan met de andere vormen van hulpverlening.

Al met al hebben wij de psychiatrische ziekenhuizen leren kennen als instellingen waar relatief veel inspanning wordt geleverd voor weinig resultaat. Meer mankracht met specifieke taken en meer financiële armslag voor het creëren van tussenvoorzieningen zullen de omvang van de psychiatrische ziekenhuizen doen afnemen en de effectiviteit van de opnemingen vergroten.

'Opgenomen ..., opgegeven?' zal dan wellicht een retorische vraag worden zijn, die niemand meer bevestigend kan beantwoorden. Op dit moment zal geen der psychiatrische ziekenhuizen meer bereid zijn over opgegeven patiënten te spreken, maar het is de maatschappij die zich nog niet van de stigmatisering heeft losgemaakt.

Vooralsnog geven wij de reeds eerder geciteerde Kidd (1967) het laatste woord: ‘... mental hospitals must maintain a high standard of psychiatry for all and receive encouragement and support from the professional as well as the lay public.’  
Dat geldt voor ons allemaal.

# Samenvatting

Het psychiatrisch ziekenhuis bezet in Nederland van oudsher een belangrijke plaats in wat wel het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg wordt genoemd. Er zijn evenwel verschillende aanwijzingen dat de functie van het psychiatrische ziekenhuis aan het veranderen is. Was het vroeger vooral een bewaarplaats voor chronische patiënten, de laatste jaren zien we een steeds toenemend aantal opnemingen en ontslagen. Dit betekent dat we min of meer twee categorieën patiënten kunnen onderscheiden. In de eerste plaats de patiënten, die momenteel worden opgenomen. Zij worden in overgrote meerderheid binnen 1 of 2 jaar ontslagen. In de tweede plaats zijn er nog zeer veel chronische patiënten, die vaak al langer dan 10 jaar zijn opgenomen en voor wie de kans op ontslag zeer klein is geworden. Zij bezetten in 1975 nog ongeveer de helft van alle (26 000) bedden in de psychiatrische ziekenhuizen.

Voor een evaluatie van het gebeuren in de psychiatrische ziekenhuizen en het bepalen van de effectiviteit van de behandeling is het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen de twee bovengenoemde categorieën patiënten.

Voor onze studie kozen wij het bed als eenheid van onderzoek. Wij verdeelden het beddenbestand van de vier onderzochte psychiatrische ziekenhuizen in A- en B-bedden. A-bedden waren die bedden die bezet werden door patiënten die nog geen twee jaar waren opgenomen; B-bedden werden bezet door patiënten die al langer dan twee jaar in het ziekenhuis verbleven. Vervolgens werden van elk ziekenhuis twee afdelingen geselecteerd. De ene afdeling bevatte voornamelijk A-bedden en werd A-afdeling genoemd; de andere afdeling had overwegend B-bedden en werd B-afdeling genoemd. Wij beschikten dus over vier A-afdelingen en vier B-afdelingen, die vrij uitvoerig werden geïnventariseerd en onderling vergeleken. Onder meer werd gekeken naar verschillen in de personele en de materiële voorzieningen.

Daarna werd aandacht besteed aan het bepalen van de effectiviteit van het gebruik der A-bedden. Hiervoor werd het begrip 'de ratio van het succesvolle ontslag' (S.O.R.) geïntroduceerd. Wij noemden een ontslag succesvol, wanneer de betreffende patiënt niet binnen drie maanden na het ontslag opnieuw ergens in een psychiatrisch ziekenhuis werd opgenomen. Met behulp van gegevens van de Centrale Patiëntenregistratie werd de bruikbaarheid van dit effectiviteitscriterium geadstrueerd.

Voor de B-afdelingen, waar ontslag immers vrijwel niet meer voorkomt, werd een ander effectiviteitscriterium geformuleerd en geoperationaliiseerd. Daarbij werd uitgegaan van het niveau van functioneren van de patiënt op de afdeling. Door middel van de Basale Sociale Vaardigheden(BSV)-vragenlijst, die door de verpleegstaven voor 189 patiënten op B-afdelingen werd ingevuld, meenden wij dit niveau van functioneren in een score te kunnen uitdrukken. Dit gebeurde overigens pas nadat de BSV-vragenlijst aan een statistische analyse was onderworpen. Daarnaast werd het gedrag en met name het verbale contact van de patiënten op de afdeling door middel van directe observaties in kaart gebracht. Vervolgens werden de verschillende gegevens geordend en werd een poging ondernomen om mogelijke verbanden tussen de afzonderlijke bevindingen aan te tonen. Door de omvang en de diversiteit van het materiaal lukte dit slechts ten dele.

Tenslotte werden de consequenties besproken die de bevindingen van het onderzoek zouden kunnen hebben voor de evaluatie van het psychiatrische ziekenhuis en de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Tevens werden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek, mede gebaseerd op de tekortkomingen die in dit exploratieve onderzoek werden geconstateerd.

# Summary

## AN EXPLORATIVE STUDY ON THE USE OF MENTAL HOSPITAL BEDS

Mental hospitals played traditionally an important role in the network of mental health services in the Netherlands. Especially during the last two decades their custodial role is gradually changing into that of a true hospital with every year rapidly increasing numbers of admissions and discharges. Consequently we now have two different categories of patients in our mental hospitals. First, there are the recently admitted people. Almost every one of them will be discharged within one or two years. Second, there is the still remaining group of 'old-long-stay' patients. The majority of them have stayed in a mental hospital for more than ten years, and their chances of ever being discharged are almost nil. At present (1975), the old-long-stay group is still occupying about 50% of the total number of 26 000 mental hospital beds. When evaluating the effectiveness of mental hospital treatment, we therefore must differentiate between the long-stay patients and the short-stay group.

In this study we started our inquiries with the psychiatric bed as our primary target of research. Four mental hospitals in the northern part of Holland were included in this study. We divided their total number of 2680 beds into two categories: A- and B-beds. A-beds were defined as those beds which were occupied by the same patients for a period of less than two years. B-beds were those beds which were occupied by patients who had already been in hospital for more than two years. Subsequently we directed our attention to the hospital wards. In analogy with the division of the total number of beds, we split up the 48 wards into A-wards and B-wards. It appeared that all four hospitals had one or more A-wards and at least four B-wards. We selected one A-ward and one B-ward per hospital for further investigation, such as a scrutiny of its staff and material provisions. The A-wards had more highly qualified staff (such as psychiatrists, other medical doctors and registered nurses) than the B-wards, but we could not find a difference in their material provisions. These findings suggest a relationship between high turnover rates and high staff-ratios. We tried to measure the effectiveness of A-wards, introducing the concept of 'successful discharge ratio' (S.O.R.). A discharge was called successful if a readmission for psychiatric reasons did

not take place within the three months following discharge. Because readmissions to other mental hospitals have to be taken into account this criterion for effectiveness can only be used if there is a register linking records. This application was illustrated with the help of the Dutch national psychiatric register.

Discharge from a B-ward being a very rare phenomenon, the measurement of the effectiveness of these wards necessitated a different approach. In accordance with the results of other studies (e.g. Wing and Brown 1970), we decided to choose the 'level of social functioning' of chronic patients as our criterion of the effectiveness of B-wards. We constructed a questionnaire containing 64 items covering the various aspects of what we called the 'Basic Social Capacities' (BSV) of a chronic patient. This questionnaire was completed by the nursing staff for all 189 patients in the four selected B-wards. On the basis of a statistical analysis of the scores, five scales were constructed, measuring 1. selfsupport, 2. independence, 3. contact with people on the ward, 4. contact with people outside the hospital and 5. the staff's prognosis of a patient's possible and successful discharge. At the same time, a series of observations was carried out on the ward by trained outsiders to acquire an independent opinion about the behaviour of patients and their level of verbal contact between themselves and with their nursing staff. Another questionnaire regarding communication between staffmembers was completed by each of the nurses. Subsequently all findings were combined to look for possible associations between the various results. Because of discrepancies in the kinds of information obtained statistical analysis produced only a few important results. However, in our opinion this study has demonstrated the feasibility of measuring the effectiveness of mental hospital care on a larger scale than has hitherto been done.

Finally, some recommendations were made concerning the organization and the financial evaluation of the mental health services system in the Netherlands.

# Literatuur

- Andel, H. van (1974), Klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis; een proces dat een methodische aanpak vraagt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 16, no. 7/8.
- Baldwin, J.A. (1967), The growth of mental hospitalization: the S-shaped curve. In: H. Freeman en J. Farndale (eds.), *New aspects of the Mental Health Services*. Pergamon Press, Oxford.
- Bambang Oetomo, R. (1970), *Van asyl tot revalidatiecentrum*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Bambang Oetomo, R. (1974), Patiënt, arts en verpleegkundige; hun onderlinge betrekkingen, toen en nu. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 16, no. 7/8.
- Bavo, St., Psychiatrisch Centrum (1974), De chronische patiënt; 2e rapport van de visie-commissie.
- Bavo St., Psychiatrisch Centrum (1975), Beschut wonen; bouwnota.
- Beenen, F. (1974), Hoe langer hoe gekker ...? Voorspellen en begrijpen van de opnameduur van psychiatrische patiënten. Dissertatie, Groningen.
- Bensing, J. en M. Dekker (1973), Goal attainment scaling II. *Maandbl. Geestelijke Volksgez.*, vol. 28, no. 7/8.
- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.
- Bierenbroodspot, P. (1975), Veranderend Santpoort — in de wijze van samenwerken (behandelteam). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 17, no. 5.
- Blackburn, H.L. (1972), Factors affecting turnover rates in mental hospitals. *Hospital + Community Psychiatry*, vol. 23, no. 9.
- Brand-Koolen, M.J.M. (1972), *Factoranalyse in het sociologisch onderzoek*. Stenfert Kroese, Leiden.
- Bremer, J.J.C.B. (1963), De ziekenhuispatiënt. Dissertatie, Utrecht.
- Buis, C. (1972), Wie en wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 14, no. 6.
- Cassee, E.Th. (1971), Kommunikatie en therapeutisch gedrag. In: E.Th. Cassee en C.J. Lammers, *Mensen in het ziekenhuis*. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Caudill, W. (1958), *The psychiatric hospital as a small society*. Harvard University Press, Cambridge.
- Chien, C.P. en M.R. Sharaf (1971), Factors in the Discharge of chronic Patients. *Hosp. + Comm. Psych.*, vol. 22, no. 8.
- Child, D. (1970), *The essentials of factor analysis*. Holt, Rinehart, Winston, London.
- Cooper, J.E. (1967), Diagnostic Change in a longitudinal Study of Psychiatric Patients. *Brit. Journal of Psychiatry*, vol. 113, p. 129.

- Cooper, J.E. R.E. Kendell e.a. (1972), *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. Oxford University Press, London.
- Dennenoord (1970), *Bij ons in Dennenoord*. Gedenkboek, Kok, Kampen.
- Dijk, W.K. van (1973), Het medisch model in sociale context. In: C. Rümke, P.E. Boeke en W.K. van Dijk (red.), *Van kinderaanlyse tot Y-chromosoom*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Eck, L.A.J.M. van (1973), De inrichtingspsychiatrie op het Procrustusbed. *Maandblad Geestel. Volksgez.*, vol. 28, no. 11.
- Eyk-Osterholt, C.A. van (1973), *Laten ze het maar voelen*. Van Gennep, Amsterdam.
- Foudraïne, J. (1971), *Wie is van hout ... Een gang door de psychiatrie*, Ambo, Bilthoven.
- Giel, R. (1971), Hoe goed is eigenlijk de geestelijke gezondheidszorg in Nederland? *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 13, no. 7.
- Giel, R. (1972), Over de eenheid van welzijns- en geestelijke gezondheidszorg. *Het Ziekenhuis*, vol. 2, no. 2.
- Giel, R. (1973), Over de opname van psychiatrische patiënten. *Tijdschr. v. Psych.* vol. 15, no. 3.
- Giel, R., A.C. de Graaf en J.R. van Weerden-Dijkstra (1975), Mededeling uit het centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (6). *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 17, no. 4.
- Giel, R. en W.J. Schudel (1974), Alternatives to the Mental Hospital. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 16, no. 11/12.
- Goffman, E. (1958), Characteristics of total Institutions. Symposium on Preventive and Social Psychiatry. US Government Printing Office.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*. Doubleday, New York.
- Gottfries, I., K. Karlsson, e.a. (1968), Improvement of Several Ill Long-Stay schizophrenic Patients. *Soc. Psych.*, vol. 3., no. 2.
- Hailey, A.M. (1971), Long-stay psychiatric inpatients: a study based on the Camberwell Register. *Psychological Medicine*, vol. 1, no. 2.
- Hart, O van der en F. Lange (1972), Goal attainment scaling. *Maandbl. Geestelijke Volksgez.*, vol. 27, no. 11.
- Hest, F. van (1972), Het mentale klimaat binnen het psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 14, no. 6.
- Houts, P.S. en R.H. Moos (1969), The Development of a Ward Initiative Scale for Patients. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 5, no. 7.
- Jackson, J. (1969), Factors of the treatment environment. *Archives Geh. Psych.*, vol. 21, no. 7.
- Jacobs, D. (1972), De toekomst van de psychiatrische centra. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 14, no. 3.
- Jones, K. en R. Sidebotham (1962), *Mental Hospitals at Work*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Jones, M. (1953), *The therapeutic Community*. Basic Books, New York.



- Jones, M. (1968), *Beyond the therapeutic Community*. Yale University Press, New Haven.
- Jones, M. en E.M. Bonn (1973), From therapeutic Community to Self-sufficient Community, *Hosp. + Comm. Psych.*, vol. 24, no. 10.
- Jongerius, P.J. (1963), *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Dissertatie, Leiden.
- Jonghe, F. de (1974), *Terug van weggeweest*. Dissertatie, Amsterdam. Boom, Mep-pel.
- Jongmans, F.W.M. (1973), Het psychiatrische bed. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 15, no. 6.
- Katz, R.C. en F.R. Woolley (1975), Criteria for releasing patients from mental hos-pitals. *Hospital + Comm. Psych.*, vol. 26, no. 1.
- Kendell, R.E. (1973), Psychiatric diagnoses: a study of how they are made. *Brit. J. of Psychiatry*, vol. 122, p. 437.
- Kidd, H. (1967), The modern role of the psychiatric hospital. In: H. Freeman en J. Farndale (eds.), *New aspects of the Mental Health Services*. Pergamon Press, Oxford.
- King, J.A. en C.G. Smith (1972), The treatment Milieu and Prediction of mental Hospital Effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, no. 6.
- Kiresuk, Th.J. en R.E. Sherman (1968), Goal Attainment Scaling: A general Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Comm. Mental Health Journal*, vol. 4, nr. 6.
- Kish, G.B. (1971), Evaluation of Ward Atmosphere. *Hosp. + Comm. Psych.*, vol. 22, no. 5.
- Lammers, C.J. en E.Th. Cassee (1971), Sociologische benadering van het zieken-huis. In: E.Th. Cassee en C.J. Lammers: *Mensen in het ziekenhuis*. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Linn, L.S. (1970), Measuring the Effectiveness of Mental Hospitals. *Hosp. + Comm. Psych.*, vol. 21, nr. 12.
- Mansum, J.R. van (1974), Toekomstige behoefte aan plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen. *Het Ziekenhuis*, vol. 4, no. 6.
- Marlet, J.J.C. (1972), Samenwerking tussen klinische en ambulatorische psychiatri-sche hulpverlening. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 14, no. 11/12.
- Milby, J.B. (1975), A review of Token Economy Treatment Programs for Psychi-atric Inpatients. *Hosp. + Comm. Psych.*, vol. 26, no. 10.
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1971), Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene (1974), Nadere nota over enkele aspecten van de Geestelijke Volksgezondheid.
- Ministry of Health and Social Security (1971), *Hospital Services for the Mentally, Ill*. London.
- Moos, R.H. en P.S. Houts (1968), Assessment of the Social Atmospheres of Psychi-atric Wards. *Journ. of Abnormal Psychology*, vol. 73, no. 6.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut (1974), *Bedbezetting*, informatieblad 17. Utrecht.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut en Centraal Bureau voor de Statistiek (1975), *Bed-*

bezetting in de instellingen op het gebied van de intramurale gezondheidszorg tot en met het eerste kwartaal 1975. Utrecht.

Pauli, E. (1973), *In het land der blinden*. Ambo, Bilthoven.

Provinciaal ziekenhuis Santpoort (1974), Inleiding tot de behandelplannen van het provinciaal ziekenhuis Santpoort.

Reich, R. (1973), Care of the Chronically Mentally Ill: a national Disgrace. *Am. Journ. of Psych.*, Vol. 130, no. 8.

Revans, R.W. (1964), *Standards for Morale* – cause and effect in hospital. Oxford Univ. Press, London.

Romme, M.A.J. (1970), Organisatie gezondheidszorg en langer durende psychiatrische opnemingen. *Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde*, vol. 48, no. 14.

Romme, M.A.J. (1972), Noodzakelijke contacten van S.P.D. met intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 14, nr. 11/12.

Rooymans, H.G.M. (1969), Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Dissertatie, Groningen.

Ruiter, B. de (1975), Token economy: een motiverende omgeving voor chronische patiënten. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, vol. 17, nr. 3.

Scheer, W.M. van der (1933), *Nieuwere inzichten in de behandeling van geestesziekten*, J.B. Wolters, Groningen.

Schmidt, H. (1974), Goal Attainment Scaling III. *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, vol. 29, no. 3.

Spek, J. van der (1974), De psychiatrische inrichting in opspraak. *Tijdschr. v. Psych.*, vol. 16, no. 7/8, 9/10 en 11/12.

Stanton, A.H. en M.S. Schwartz (1954), *The Mental Hospital*. Tavistock, London.

Stoffelmayr, B.E. (1973), The relationship between nurses' ratings of patient behaviour and observed patient behaviour. *Soc. Psych.*, vol. 8, nr. 1.

Tellegen, E. (1972), *Waar was de dood nog meer ...* Ambo, Bilthoven.

Tidmarsh, D. en S. Wood (1972), Psychiatric aspects of destitution: a study of the Camberwell Reception Centre. In: J.K. Wing en H.M. Hailey, *Evaluating a Community Psychiatric Service*. Oxford Univ. Press, London.

Tooth, G.C. en E.M. Brooke (1961), Trends in the Mental Hospital Population and their effects on future planning. *The Lancet*, 1.

Trimbos, C.J.B.J. (1975), *Antipsychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Ullmann, L.P. (1967), *Institution and Outcome*. Pergamon Press, Oxford.

Veer, J. van der (1974), Goal Attainment Scaling IV: Doelenkontakt als evaluatiemethode. *Maandbl. Geestel. Volksgez.*, vol. 29, no. 10.

Venables, P.H. (1957), A Short Scale for Rating 'Activity-Withdrawal' In Schizophrenics. *Mental Science*, vol. 103, no. 1.

Verhoog, A.W. (1973), Inrichtingsvervangende huizen, een socio-therapeutische gemeenschap. *Volksgezondheid*, vol. 25, no. 8/9.

Wing, J.K. (1963), Rehabilitation of Psychiatric Patients. *Brit. J. Psychiatr.*, vol. 109, p. 635.

- Wing, J.K. (1971), How many psychiatric beds? (editorial). *Psychological Medicine*, vol. 1, no. 3.
- Wing, J.K. en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and Schizofrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.
- World Health Organization (1971), *Classification and Evaluation of Mental Health Service Activities*. Kopenhagen..



# Bijlagen

## BIJLAGE A

### ENQUETE

naar het gebruik van psychiatrische bedden in Groningen en Drenthe

*Doel:* Het vinden van een praktisch hanteerbaar onderscheid tussen bedden voor kortdurende en bedden voor langerdurende opnamen.

#### Vragenlijst:

#### I. Algemene vragen (per instelling):

1. Kunt U zich grotendeels verenigen met de indeling van het psychiatrisch beddenbestand in A-, B- en C-bedden volgens Jongmans?
2. Zo niet, kunt U amendementen en/of aanvullingen geven?
3. Kunt U in Uw instelling meerdere afdelingen of paviljoens onderscheiden?  
Nee ☐; Ja ☐ , aantal . . . . .

#### II. Specifieke vragen (per afdeling):

1. Naam (aanduiding) van de afd.:
2. Aantal bedden (totaal; indien mogelijk verdeling over kamers of units):
3. Aard van de afd. met betrekking tot de criteria van Jongmans:
  - ☐ uitsluitend observatie/behandeling
  - ☐ overwegend observatie/behandeling
  - ☐ gemengd of sterk wisselende functie
  - ☐ overwegend verzorgingsfunctie
  - ☐ uitsluitend verzorgingsfunctie
4. Hoe groot is de stafbezetting in dagtaakequivalenten van:
  - a. psychiaters (zenuwartsen):
  - b. artsen (o.a. assistenten):
  - c. psychologen:
  - d. gedipl. verpleegkundigen B:
  - e. leerling-verpleegkundigen (A + B):
  - f. overig therapeutisch personeel:

5. Kunt U aangeven hoeveel patiënten op 1 september 1973 tot de volgende categorieën naar opnameduur behoren:

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| 0 – 60 dg. opgenomen:          | patiënten |
| 61 – 365 dg. opgenomen:        | patiënten |
| meer dan 365 dg. opgen.: _____ | patiënten |

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| Totaal aanwezig op 1/9/73 | patiënten |
|---------------------------|-----------|

6. Hoeveel patiënten werden van deze afdeling afgevoerd in de periode van 1/1/73 tot 1/9/73?

|                                |   |                 |
|--------------------------------|---|-----------------|
| ontslagen                      | : | patiënten       |
| overgeplaatst naar andere afd. | : | patiënten       |
| overgeplaatst naar andere      |   |                 |
| intramurale voorziening        | : | patiënten       |
| overleden                      | : | _____ patiënten |

|                    |   |           |
|--------------------|---|-----------|
| Totaal afgevoerd   | : | patiënten |
| Aanwezig op 1/1/73 | : | patiënten |

7. Heeft de afdeling een speciaal karakter wat betreft de opbouw van het patiëntenbestand?

Zo ja, graag nadere omschrijving.

(Bijv. gesloten afdeling; vooral psychogeriatric; vooral adolescenten; alleen mannen of vrouwen; etc.)

# BIJLAGE B

## Beoordelingsformulier I: Patiënten

Oordeel van de gezamenlijke verpleegstaf over de toestand tijdens de laatste twee weken vóór het onderzoek (tenzij anders aangegeven).

PATIËNTNR.:

AFD.:

BLAD: 1

DATUM:

### I. ZELFREDZAAMHEID

#### 1. Eten

- A. Eet de patiënt zonder aandringen zelfstandig?
- B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten? .....
- C. Eet de patiënt na aandringen zelfstandig?

| JA | NEE | SOMS OF TEN DELE | CODE |
|----|-----|------------------|------|
|    |     |                  |      |

ITEM

46

#### 2. Drinken

- A. Drinkt de patiënt zonder aandringen zelfstandig?
- B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten? .....
- C. Drinkt de patiënt na aandringen zelfstandig?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

48

#### 3. W.C.

- A. Gaat de patiënt zelfstandig naar de W.C.?
- B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

50

#### 4. Opstaan

- A. Moet de patiënt aangespoord worden om uit bed te komen?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

51

#### 5. Wassen

- A. Wast de patiënt zich dagelijks zonder aandringen zelfstandig?
- B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kun U dit toelichten? .....
- C. Wast de patiënt zich na aandringen zelfstandig?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

52

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

53

#### 6. Aankleden

- A. Kleedt de patiënt zich zonder aandringen zelfstandig aan?
- B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten? .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

54

|             |     |                     |      |
|-------------|-----|---------------------|------|
| PATIËNTNR.: |     |                     |      |
| AFD.:       |     | BLAD: 2             |      |
| JA          | NEE | SOMS OF<br>TEN DELE | CODE |

- |   |   | ITEM |  |    |    |    |
|---|---|------|--|----|----|----|
| C. Bepaalt de patiënt zelfstandig welke kleren hij of zij aantrekt?   | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>          |      |  |    | 55 |    |
|   |   |      |  |    |    |    |
| 7. <i>Uiterlijk</i>   |   |      |  |    |    |    |
| A. Besteedt de patiënt op eigen initiatief aandacht aan zijn (haar) uiterlijk? (bijv.: scheren, haren kammen etc.). | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |    |    | 56 |
|   |   |      |  |    |    |    |
| B. Is het resultaat van deze inspanning, dat patiënt er normaal verzorgd uitziet?                                   | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>          |      |  |    | 57 |    |
|   |   |      |  |    |    |    |
| 8. <i>Mobiliteit</i>  |   |      |  |    |    |    |
| A. Beweegt de patiënt zich op eigen initiatief vrijelijk over de afdeling?  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |    |    | 58 |
|   |   |      |  |    |    |    |
| B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten?<br>.....   |   |      |  |    |    |    |
| 9. <i>Beheer</i>  |   |      |  |    |    |    |
| A. Beheert de patiënt persoonlijke bezittingen? (bijv. geld, waardepapieren, brieven, sieraden)                     | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |    |    | 59 |
|   |   |      |  |    |    |    |
| B. Kunt U dit nader toelichten?<br>.....  |   |      |  |    |    |    |
| C. Gaat de patiënt zelfstandig met geld om?   | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |    |    | 60 |
|   |   |      |  |    |    |    |
| D. Kunt U dit nader toelichten?<br>.....  |   |      |  |    |    |    |
| 10. <i>Initiatief</i>   |   |      |  |    |    |    |
| A. Neemt de patiënt initiatieven tot contact met de buitenwereld?   | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |    |    | 61 |
|   |   |      |  |    |    |    |
| B. Indien A. niet met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten?<br>.....   |   |      |  |    |    |    |
| C. Indien wel, op welke manier(en):   |   |      |  |    |    |    |
| a. belt op  | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>                   |      |  | 62 |    |    |
|   |   |      |  |    |    |    |
| b. schrijft brieven   | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>                   |      |  | 63 |    |    |
|   |   |      |  |    |    |    |
| c. gaat op bezoek   | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>                   |      |  | 64 |    |    |
|   |   |      |  |    |    |    |



PATIËNTNR.:

AFD.:

BLAD: 3

JA

NEE

SOMS OF  
TEN DELE

CODE

### 11. *Zelfstandigheid*

Zou de patiënt zich buiten de instelling kunnen redden, wat betreft:

ITEM

A. eten en drinken;

B. lichamelijke verzorging;

C. gaan slapen en opstaan;

D. financiën;

E. contacten.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 65 |
|  |  |  |  |  | 66 |
|  |  |  |  |  | 67 |
|  |  |  |  |  | 68 |
|  |  |  |  |  | 69 |

### 12. *Status*

A. Wijkt de huidige toestand af van een reeds langer bestaande?

B. Indien A. met ja is beantwoord, kunt U dit toelichten? .....

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 70 |
|--|--|--|--|--|----|

## II. DIVERSITEIT DAGELIJKSE BEZIGHEDEN

### A. *Werkzaamheden*

13. De patiënt verricht regelde werkzaamheden.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 71 |
|--|--|--|--|--|----|

14. De patiënt moet worden aangespoord tot het verrichten van die werkzaamheden.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 72 |
|--|--|--|--|--|----|

15. De patiënt verricht regelde werkzaamheden op eigen afdeling (niet: bed opmaken).

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 73 |
|--|--|--|--|--|----|

16. De patiënt verricht regelde werkzaamheden op het terrein van de instelling.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 74 |
|--|--|--|--|--|----|

17. De patiënt verricht regelde werkzaamheden buiten de instelling.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 75 |
|--|--|--|--|--|----|

18. De patiënt ontvangt een geldelijke beloning voor zijn werkzaamheden.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 76 |
|--|--|--|--|--|----|

19. De patiënt ontvangt een geldelijke beloning van een instantie buiten de instelling.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 77 |
|--|--|--|--|--|----|

20. De mogelijkheden van de patiënt zijn voldoende om te werken in een beschutte omgeving buiten de instelling.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 78 |
|--|--|--|--|--|----|

21. De mogelijkheden van de patiënt zijn voldoende om gewoon in de maatschappij te werken.

|  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | 79 |
|--|--|--|--|--|----|

PATIËNTNR.:

AFD.:

BLAD: 4

JA

NEE

SOMS OF  
TEN DELE

CODE

ITEM

**B. Bezoek therapieën**

22. De patiënt neemt als regel  
deel aan de bewegingstherapie.  
23. De patiënt neemt als regel  
deel aan bewegingstherapie.  
24. De patiënt neemt als regel deel  
aan de creatieve therapie.  
25. De patiënt neemt als regel deel  
aan de bezigheidstherapie.  
26. De patiënt neemt als regel deel  
aan de muziektherapie.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

80

81

82

83

84

**C. Andere therapie**

27. De patiënt neemt als regel  
deel aan de .....  
28. Indien de patiënt niet of soms  
deelneemt aan de therapieën,  
kunt u dit toelichten? .....  
29. Toont de patiënt initiatief bij  
deelname aan de therapieën?

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

85

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

86

**C. Recreatieve bezigheden**

30. A. Wordt de patiënt gestimu-  
leerd om recreatief bezig  
te zijn?  
B. Zo ja, wat is hiervoor de  
reden? .....  
31. A. Beslist de patiënt zelf-  
standig wat hij of zij in zijn  
of haar vrije tijd doet?  
B. Zo nee, wat is daarvoor de  
reden? .....  
32. Wordt de patiënt voldoende  
initiatiefrijk geacht om ook  
buiten de inrichting zelfstandig  
recreatieve bezigheden te vin-  
den?

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

87

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

88

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

89

PATIËNTNR.:

AFD.:

BLAD: 5

JA

NEE

SOMS OF  
TEN DELE

CODE

ITEM

33. De patiënt neemt deel aan de volgende recreatieve mogelijkheden:

|         | op afd. | binnen<br>de in-<br>stelling | buiten<br>de in-<br>stelling |  |
|---------|---------|------------------------------|------------------------------|--|
| a. .... |         |                              |                              |  |
| b. .... |         |                              |                              |  |
| c. .... |         |                              |                              |  |
| d. .... |         |                              |                              |  |
| e. .... |         |                              |                              |  |

90  
91  
92

34. Geef een beknopte beschrijving van wat deze patiënt gisteren zoal gedaan heeft.

35. Wijkt deze beschrijving af van een doorsnee-dag uit het leven van deze patiënt?

### III. CONTACTEN

|   |  |  |  |     |
|---|--|--|--|-----|
| 36. Patiënt geeft antwoord als hem iets gevraagd wordt.       |  |  |  | 93  |
| 37. Patiënt neemt het initiatief tot spreken.                 |  |  |  | 94  |
| 38. Patiënt spreekt voor de meeste mensen begrijpelijke taal. |  |  |  | 95  |
| 39. Patiënt toont interesse voor zijn medepatiënten.          |  |  |  | 96  |
| 40. Patiënt toont interesse voor zijn verplegenden.           |  |  |  | 97  |
| 41. Patiënt zoekt zelf het gezelschap van medepatiënten.      |  |  |  | 98  |
| 42. Patiënt zoekt zelf het gezelschap van verplegenden.       |  |  |  | 99  |
| 43. Patiënt zondert zich af van zijn medepatiënten.           |  |  |  | 100 |

PATIËNTNR.:

AFD.:

BLAD: 6

| JA | NEE | SOMS OF<br>TEN DELE | CODE |
|----|-----|---------------------|------|
|----|-----|---------------------|------|

- |   |                      |                      |                      |                      |     |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|
| 44. Patiënt zondert zich af van verplegenden.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 101 |
| 45. Patiënt wordt door zijn medepatiënten gemeden.                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 102 |
| 46. Patiënt heeft mondeling contact met zijn afdelingsarts.                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 103 |
| 47. Patiënt heeft mondeling contact met het merendeel van de verpleging.              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 104 |
| 48. Het gedrag van patiënt vormt een belemmering voor contact met zijn medepatiënten. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 105 |
| 49. Patiënt ontvangt bezoek van zijn familie.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 106 |
| 50. Patiënt ontvangt bezoek van andere personen dan familieleden.                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 107 |
| 51. Patiënt ontvangt post.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 108 |
| 52. Patiënt gaat met (weekend) verlof.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 109 |

SCORE I :

SCORE II :

SCORE III :

TOTAAL :

*Beoordelingsformulier III: Communicatie*

Oordeel van elk lid van de verpleging afzonderlijk.

- A. Hoe vaak of hoe zelden zijn de volgende uitspraken van toepassing op de afdeling, waar U thans werkt?

1. De onderlinge berichtgeving verloopt soepel.
2. Onderlinge wrijvingen en moeilijkheden zijn van geringe betekenis.
3. De gang van zaken op de afdeling wordt gezamenlijk vrijuit besproken.
4. De verplegenden overleggen met elkaar hoe met deze of gene patiënt moet worden omgegaan.
5. Onderlinge moeilijkheden worden uitgepraat.
6. Alle verplegenden kunnen goed met elkaar overweg.
7. De overdracht van de diensten verloopt zonder haperen.

| altijd | vaak | soms | zelden | nooit | code |
|--------|------|------|--------|-------|------|
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |

- B. Hoe vaak of hoe zelden worden de volgende activiteiten en handelingen verricht door de *arts(en)* op de afdeling waar U thans werkt?

1. Geregeld contact hebben met het hoofd van de verpleging (dagelijks = altijd).
2. Geregeld komen kijken naar zijn patiënten (dagelijks = altijd).
3. Tijdens zijn visites op zaal aan de dienstdoende verplegende(n) vragen stellen over de patiënten.
4. Patiëntenbesprekingen houden met het gehele personeel (wekelijks = vaak).
5. Luisteren naar wat de verplegende(n) over een patiënt te vertellen hebben.
6. Aan het verplegend personeel duidelijke aanwijzingen geven in welke richting zij met de patiënt moeten gaan werken.
7. Aan de verplegenden de werking van gebruikte medicijnen uitleggen.

| altijd | vaak | soms | zelden | nooit | code |
|--------|------|------|--------|-------|------|
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |

AFD.:

DATUM:

8. Bij kwesties met patiënten duidelijk achter de verplegenden staan.
9. Met het gehele personeel de gang van zaken op de afdeling vrijuit bespreken.

| altijd | vaak | soms | zelden | nooit | code |
|--------|------|------|--------|-------|------|
|        |      |      |        |       |      |
|        |      |      |        |       |      |

SCORE A:

SCORE B:

TOTAAL:

## BIJLAGE D1

### *Observatie: korte handleiding en instructie*

1. *Gulden regel*: zoveel mogelijk gelijk gedrag op de diverse tijdstippen in dezelfde zaal, en liefst ook in de verschillende zalen. D.w.z.: dezelfde houding tegenover patiënten (groeten bij binnenkomen en weggaan, geen hand geven; niet uitnodigen tot praten; niet te veel aankijken), en steeds dezelfde zitplaats.
2. *Zitplaats*: a. zo gaan zitten dat storende geluiden zoveel mogelijk achter wat je moet horen vandaan komen (niet dicht bij tv zitten bijv.); b. aan de korte kant heb je het beste overzicht; c. niet naast elkaar, en op de zitplaats van een patiënt neerstrijken (aan broeder vragen).
3. *Tijd*: a. spreek van tevoren af wanneer met scoren wordt begonnen en geef dat met blik aan; b. neem 'warming-up'-periode in acht van 5 à 10 min.
4. *Scoring*: a. op tijd, d.w.z. in de minuut (op het formulier, zie bijlage D2) waarin wat wordt gezegd; b. getallen in sequentie noteren – wat bij elkaar hoort, ook bij elkaar (in volgorde) scoren. Wordt er tegelijkertijd elders wat gezegd, dan dat scoren op een van de lijntjes boven de tijdstreep. Op deze wijze kunnen ook o.a. verschillende mompelaars later gemakkelijker worden 'teruggelezen'.
5. *Eenheid van observatie*: een verbale uiting van elke lengte (behalve hummetjes, ja en nee, etc., maar wel: hè?), die niet onderbroken wordt door een stilvallen/stilte van 5 of meer seconden. Wanneer iemand dus voor zich uit mompelt, en er is gedurende 6 seconden niets te horen, voor hij weer iets zegt, dan twee maal scoren.
6. *Initiatief*: a. een gesprek/interactie/contact beginnen, openen, aangaan; iemand erbij betrekken. Ook wanneer een derde voor 't eerst mee gaat praten, voor hem initiatief scoren; b. wanneer op een initiatief geen vervolg komt, een schuine streep noteren: / . Idem bij respons.
7. *Vragen*: aan te geven met een v.
8. Indien mannen én vrouwen aanwezig zijn, vrouwen aanduiden met een a achter het desbetreffende cijfer.
9. *Als je iets ontgaat* (of als iets niet bij te houden is), niet alsnog proberen het in je herinnering te achterhalen. Het is beter je te houden bij het blote moment, anders loop je het gevaar in de war te raken, én een heleboel te missen. Geef hooguit aan dát je wat gemist hebt.
10. *Na afloop*: a. maak aan de achterkant kleine schets van de situatie (kan ook tijdens 'warming up'); b. loop onmiddellijk met je partner de scores (en gesprekken) door, en wijzig eventueel en/of vul aan (erboven in rood, of omcirkeld), wanneer je het daarover met elkaar eens kunt worden; c. maak daarna samen een kort inhoudelijk verslag van wat er werd gezegd en over wat er voorviel (op de achterkant van het formulier).
11. Vraag daarna aan de staf of de patiënten anders deden, anders zaten dan gewoonlijk, en of ze vonden dat ze zelf anders deden; vraag naar klachten van patiënten.
12. Neem altijd een horloge en een extra pen mee.
13. Turf de bizarre gedragingen op de stippellijn (onder de tijdstreep), waar mogelijk met omschrijving.

## BIJLAGE D2

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| staf-staf   | 1 | 2 |
| staf-pat.   | 3 | 4 |
| pat.-pat.   | 5 | 6 |
| pat.-staf   | 7 | 8 |
| pat.-obs.   | 9 | — |
| pat.-monol. | 0 | — |
| pat.-groep  | G | — |

aanwezige pat.: .....

nieuw binnenk.: .....

weglopende pat. ....

wéér binnenk.: .....

wéér weglopend: .....

pat. alleen monologen: .....

stilzweigende pat.: .....

pat. met verbaal contact: .....

totaal geobserveerd: .....

aanwezige staf: .....

binnenk. staf: .....

weglopende staf: .....

wéér binnenk.: .....

wéér weglopend: .....

afdeling: .....

zaal: .....

datum: .....

begin obs.: .....

einde obs.: .....

observator: .....

paraaf: .....

0 1 2 3 4 5

5 6 7 8 9 10

10 11 12 13 14 15

15 16 17 18 19 20

20 21 22 23 24 25

25 26 27 28 29 30



## BIJLAGE E

### BASALE SOCIALE VAARDIGHEDEN-SCHAAL (BSV)

#### Schaal I (Contacten Afdeling)

1. Geeft antwoord als hem iets gevraagd wordt
2. Neemt initiatief tot spreken
3. Spreekt voor de meeste mensen begrijpelijke taal
4. Toont interesse voor zijn medepatiënten
5. Toont interesse voor verplegenden
6. Zoekt zelf het gezelschap van medepatiënten
7. Zoekt zelf het gezelschap van verplegenden
8. Zondert zich af van zijn medepatiënten
9. Zondert zich af van verplegenden
10. Heeft mondeling contact met het merendeel van de verpleging

#### Schaal II (Zelfstandigheid)

11. Wast zich dagelijks zonder aandringen zelfstandig
12. Wast zich na aandringen zelfstandig
13. Kleedt zich zonder aandringen zelfstandig aan
14. Besteedt op eigen initiatief aandacht aan zijn uiterlijk
15. Ziet er (normaal) verzorgd uit, als resultaat van de onder 14. genoemde inspanning
16. Verricht geregelde werkzaamheden
17. Moet worden aangespoord tot het verrichten van de onder 16. bedoelde werkzaamheden
18. Beslist zelfstandig over de besteding van zijn vrije tijd

#### Schaal III (Contacten Buitenwereld)

19. Beheert persoonlijke bezittingen
20. Gaat zelfstandig met geld om
21. Neemt initiatieven tot contact met de buitenwereld
22. Belt op
23. Schrijft brieven
24. Gaat op bezoek
25. Ontvangt post
26. Gaat met (weekend)verlof

#### Schaal IV (Prognose Staf)

27. Kan zich buiten de instelling zelfstandig redden wat betreft eten en drinken
28. Idem wat betreft lichamelijke verzorging
29. Idem wat betreft gaan slapen en opstaan
30. Idem wat betreft (het beheer van) zijn financiën
31. Idem wat betreft (het leggen en onderhouden van) contacten
32. Is in staat om te werken in een beschutte omgeving buiten de instelling
33. Is voldoende initiatiefrijk om ook buiten de instelling zelfstandig recreatieve bezigheden te vinden

Ja Nee Soms of ten dele

*Schaal V (Zelfredzaamheid)*

- 34. Eet zonder aandringen zelfstandig
- 35. Eet na aandringen zelfstandig
- 36. Drinkt zonder aandringen zelfstandig
- 37. Drinkt na aandringen zelfstandig
- 38. Gaat zelfstandig naar de W.C.

| Ja | Nee | Soms of<br>ten dele |
|----|-----|---------------------|
|    |     |                     |

Score:

| I (C.A.) | II (Z.S.) | III (C.B.) | IV (P.S.) | V (Z.R.) | B.S.V. |
|----------|-----------|------------|-----------|----------|--------|
|          |           |            |           |          |        |